DES FORMES SEPTIQUES

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

(COMPLICATIONS INFECTIEUSES,

FORMES PYOHÉMIQUES ET SEPTICÉMIQUES)

PAR

E. HÉRARD de BESSÉ

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS
ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1896

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

DES FORMES SEPTIQUES

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

(COMPLICATIONS INFECTIEUSES,

FORMES PYOHÉMIQUES ET SEPTICÉMIQUES)

DES FORMES SEPTIQUES

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

(COMPLICATIONS INFECTIEUSES,

FORMES PYOHÉMIQUES ET SEPTICÉMIQUES)

PAR

E. HÉRARD de BESSÉ

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS
ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1896

AVANT-PROPOS

Avant de quitter les hôpitaux de Paris, nous sommes heureux de donner un témoignage de reconnaissance aux maîtres que nous y avons eus, pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée en nous prodiguant leur enseignement.

Pendant notre première année d'externat, M. le Dr Kirmisson a bien voulu nous initier à l'orthopédie et à la chirurgie infantile ; il nous a facilité l'étude de cette branche si importante de la clinique. Nous lui en gardons une profonde reconnaissance, ainsi d'ailleurs qu'à M. le professeur Berger et à MM. les Drs Th. Anger et Schwartz, chez qui nous avons appris les principes de la chirurgie et la pratique de l'antisepsie.

Pendant deux années, nous avons été l'élève de M. le professeur Germain Sée. Là, sous la direction de sa haute intelligence et de son grand savoir, nous avons pu étudier à la fois la clinique médicale et la thérapeutique. Nous avons eu la bonne fortune d'assister à ses travaux sur l'analyse du suc gastrique et sur l'hyperchlorhydrie, ce qui plus tard nous fut d'une grande utilité.

Nous le remercions ici et n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons ainsi qu'au Dr R. Durand-Fardel, son chef de clinique.

Le regretté docteur Dujardin-Beaumetz, continua notre éducation tant au point de vue de la clinique qu'à celui de la thérapeutique, pendant l'année d'externat que nous passâmes

près de lui. Sa bienveillance si connue, son esprit à la fois primesautier et perspicace, nous avait profondément attaché à lui.

Enfin, pendant les deux années qu'il voulut bien nous garder, nous avons rempli les fonctions d'interne près du Dr Gouguenheim. Là, nous avons pu nous habituer au maniement du laryngoscope, à la pratique souvent délicate des pansements et des opérations de cette spécialité, en même temps que nous étions plus particulièrement chargé d'un service de médecine générale, actif comme ils le sont à Lariboisière.

Nous garderons toujours une profonde gratitude à ce chef si bienveillant, de la grande initiative qu'il nous laissait dans les salles et des leçons de saine clinique médicale que l'occasion rendait si fréquentes et le maître, si utiles.

MM. les Drs Maygrier, Variot, Œttinger, Duflocq, Capitan, Polguère, ont été également nos chefs à des époques diverses et pendant des temps malheureusement trop courts ; qu'ils reçoivent nos remerciements.

Je suis heureux également de pouvoir donner ici un témoignage de profonde reconnaissance au Dr Pignol, qui fut toujours pour nous en même temps qu'un maître patient, un ami dévoué.

M. le Dr Achard a bien voulu, au sujet de notre thèse, nous guider de ses conseils et nous fournir des documents intéressants ; à lui également, du fond du cœur nous disons : merci ! ainsi qu'à M. le Dr Jules Renault.

Enfin que M. le Dr Debove, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien croire à notre profonde et respectueuse gratitude.

PREMIÈRE PARTIE

Exposé rapide de la bactériologie de l'estomac.

Etudier l'estomac au point de vue bactériologique, c'est chercher d'abord si on trouve des microbes dans la cavité gastrique, à l'état sain. Ensuite, c'est essayer de savoir quels sont ces microbes en les classant. Enfin, c'est se rendre compte de la façon dont les micro-organismes pénètrent dans l'estomac d'abord, et y vivent ensuite.

1° **Rencontre-t-on des microbes dans un estomac sain ; quels sont-ils ?** — Les recherches bactériologiques sur les micro-organismes ne sont pas très anciennes.

En 1842, Goodsir le premier découvrit la sarcine qui depuis a été étudiée complètement par Falkenstein.

Abelous (1), en 1888, trouve qu'avant lui de Bary (2) est le seul auteur qui ait fait des microbes de l'estomac une étude spéciale. De Bary, en fait d'organismes inférieurs, trouve dans l'estomac :

1° Une sarcine (*Sarcina ventriculi*) ;

2° Plusieurs champignons, entre autres l'*oidium lactis* ;

3° *Bacille amylobacter*.

4° *Leptothrix buccalis ;*

5° *Bacillus geniculatus* (ce dernier très fréquent).

(1) Abelous, Th. Montpellier, 1888.
(2) De Bary, *Arch. f. Exp. Path. und Pharmac.*, t. XX, p. 243.

M. Abelous a pu, dans un estomac sain, isoler 16 espèces microbiennes, dont 7 connues.

1° *Sarcina ventriculi* ;

2° *Bacillus pyocyaneus* ;

3° — *lactis aerogenes* ;

4° — *subtilis* ;

5° — *amylobacter* ;

6° — *megaterium* ;

7° *Vibrio Rugula.*

A côté de ces types classés, il a rencontré 9 autres espèces, dont un coccus qu'il appelle le coccus A et un grand nombre de bacilles, Bacilles B. C. D. etc.

En 1889 Capitan et Morau (1) examinent 30 sujets, les uns normaux, les autres dyspeptiques et obtiennent tantôt rien, tantôt 1 ou 2 ou 3 cultures, d'aspect très différent. Ils les isolent et les obtiennent purès. Les deux premières cultures donnent l'aspect d'une levure. Enfin la troisième est formée par un petit bacille rappelant le bacille tuberculeux mais un peu plus large.

En 1893, Gillepsie (2) fait des recherches sur le contenu de l'estomac sain ou malade, et isole 24 micro-organismes. Parmi eux, à côté de microbes non encore connus il voit, le coli bacille, le protée vulgaire, le bacille subtil, un mucor, un aspergillus etc.

Enfin à tous ces micro-organismes il faut ajouter des levures, parmi lesquelles la levure alcoolique, et aussi les bactéries des diverses fermentations sur lesquelles M. Boix (3) a attiré à nouveau l'attention.

(1) Capitan et Morau, *Soc. biol.*, 1889, p. 25.
(2) Gillepsie, *The journ. of path. and bacter.*, 1, 3, 1893.
(3) Boix, Th. Paris, 1893-1894.

2° **Voies de pénétration des microbes.** — Nous voyons donc que l'estomac même sain renferme des micro-organismes en quantité considérable ; mais comment arrivent-ils jusqu'à la cavité stomacale et d'où viennent-ils ?

De toute évidence ils pénètrent dans l'estomac par l'œsophage avec les substances dégluties et nous comprendrons facilement qu'ils puissent venir :

1° *De l'air.* Chaque inspiration peut apporter des germes au niveau du pharynx et ceux-ci sont entraînés par la salive déglutie.

2° *De la salive.* La salive contient un nombre considérable de microbes et la bouche est un réceptacle pour des bactéries de toute sorte.

3° *De l'eau.* L'eau est également habitée par une foule de micro-organismes, Eberth, coli bacille, etc., etc.

4° *Aliments.* Il existe également des microbes nombreux dans certains aliments, dans les viandes faisandées, dans le pain même. Pour ne parler que de ce dernier dont le rôle est des plus important dans l'alimentation, il peut porter avec lui-même, même quand il est bien conservé ; le penicillum glaucum, l'ascopora nigricans, l'oïdium aurantiacum, le mucor mucedo (Boix).

Le bacillus glutinis en présence du gluten pendant la cuisson donne lieu à des fermentations (acétique, butyrique, etc.). Or au centre de la mie il résiste au four, il peut donc dans l'estomac continuer la fermentation acétique (Bouchard).

3° **Conditions de l'existence des micro-organismes dans le milieu stomacal.** — D'après ce qui précède on voit que les microbes qui pénètrent dans l'estomac sont innombrables, mais que deviennent-ils dans sa cavité ?

Le rôle antiseptique du suc gastrique a été soupçonné depuis longtemps. Le premier qui en fasse mention est Spallanzani (1) en 1783. D'après cet auteur la digestion n'est pas accompagnée de pourriture, mais au contraire, il y a dans l'estomac des animaux un principe qui l'arrête et qui est *antiseptique*. Dans ces dernières années des expériences contradictoires sont venues jeter le trouble dans la question qui est développée en détails dans la thèse de M. Valmyre (2).

Les uns lui attribuent un pouvoir antiseptique considérable, surtout dû à la présence de l'acide chlorhydrique. Les autres, au contraire, jugent cette action beaucoup moins énergique et montrent que certains microbes ne sont nullement incommodés par des doses d'acide chlorhydrique supérieures à celles qui existent dans l'estomac au cours d'une digestion. Ces divergences viennent de ce que les uns ont expérimenté *in vitro*, les autres *in vivo* ; les uns avec du suc gastrique naturel, les autres avec du suc artificiel ; de ce que tandis que les uns s'occupaient surtout de la vitalité des microbes, les autres avaient surtout en vue leur virulence. Enfin le désaccord est dû également à ce que ces auteurs ne se sont pas rendu compte du nombre relativement élevé de facteurs qui existent dans l'estomac. Ils n'ont expérimenté que sur le suc gastrique, et dans le suc gastrique ils n'ont vu que l'acide chlorhydrique et même l'acide chlorhydrique libre.

Nous allons résumer rapidement les principales opinions qui ont marqué l'évolution des idées relativement au rôle antiseptique du suc gastrique en renvoyant pour plus de détails aux thèses de MM. Laval (3) et Valmyre.

(1) Spallanzani, *Exp. sur la digestion*, t. II, p. 661, 1783.
(2) Valmyre, Th. de Bordeaux, 1895.
(3) Laval, Th. Bordeaux, 1893-94.

Spallanzani (1783), dit que le suc gastrique est antiseptique. Il doit cette action à la présence de l'acide chlorhydrique (Prout).

Colin d'Alfort démontre que des viandes charbonneuses ne sont plus toxiques après une digestion *in vitro*.

En 1883 Perroncito (1) tue rapidement d'une inoculation des sujets mangeant sans accidents des viandes charbonneuses. Il en conclut que le suc gastrique détruit la virulence du charbon.

D'après Hommel (2), en 1884, c'est la richesse en HCl du suc gastrique des animaux qui les rend réfractaires au choléra.

En 1885 Frank (3), étant donnée la proportion normale d'HCl dans le suc gastrique, affirme qu'il est sans action sur le bacille de Koch, et que son pouvoir sur le bacille du charbon est douteux.

Vignal (4), en 1887, trouve *in vitro* que les spores sont plus résistantes que les formes adultes ; que le staphylocoque et le leptothrix buccalis résistent moins d'une demi-heure. Le bacille de la pomme de terre, le subtilis et le termo, résistent plus de 24 heures ; quant aux vibrio rugula, leur résistance varie autant que leurs formes *a*, *b*, *c*, etc.

Abelous, en 1888, trouve 16 sortes de bactéries dans l'estomac, dans lequel se trouvent normalement des bacilles de fermentation, des spores et des levures. Il attribue l'atténuation de l'effet nocif de ces micro-organismes, à l'évacua-

(1) Perroncito, *Annales italiennes de biologie*, t. V, 1884.
(2) Hommel, *Journal des médecins suisses*, 15 août 1884.
(3) Frank, *Deutsche med. Woch.*, n° 20, 1885.
(4) Vignal, *Arch. physiologie*, 1887.

tion rapide de l'estomac et à l'action antifermentescible de HCl.

D'après MM. Straus et Wurtz (1), *in vitro*, le bacille de Koch résiste 12 heures dans le suc gastrique du chien en produisant, au point d'inoculation, une tuberculose locale qui guérit. Le charbon sporulé résiste moins d'une demi-heure, le bacille d'Eberth résiste 2 à 3 heures et celui du choléra asiatique 2 heures. Le suc gastrique n'agit que par son acidité.

Sormani (2) dit que c'est l'HCl du suc gastrique qui fait que le bacille du tétanos traverse le tube digestif sans produire d'accidents, mais sans être détruit.

Escherish (3) explique la prédisposition des enfants aux maladies bactériennes de l'estomac par leur faible production d'HCl.

Wasbutzki (4) constate que les fermentations bactériennes intestinales augmentent chez les malades achlorhydriques et diminuent au contraire chez les hyperchlorhydriques.

D'après Kurloff et Wagner (5), *in vitro*, le suc gastrique filtré, à 37°, tue généralement en une demi-heure les bacilles du choléra, du typhus, du tétanos, du pus bleu, de la morve, le pyogenes aureus, qui au contraire prospéraient dans un suc gastrique alcalin.

Pour MM. Mathieu et Rémond (6) le rôle antifermentescible

(1) Straus et Wurtz, *Arch. méd. expérimentale*, 1889.
(2) Sormani, *La riforma medica*, 23 avril 1889.
(3) Escherish, *Wien. med. Press.*, n° 41, 1889.
(4) Wastbutzki, *Arch. f. exp. path. und pharmak.*, XXVI, p. 133, 1889.
(5) Kurloff et Wagner, *De l'action du suc gastrique de l'homme sur les germes pathogènes*, 1889.
(6) Mathieu et Rémond, *Soc. biol.*, 1892, *et Soc. méd. hôpitaux*, 1890.

d'HCl est aussi important que son rôle chlorhydropeptique ; deux ans plus tard ils trouvent autant d'acides de fermentation dans les estomacs des dilatés hyperchlorhydriques que dans celui des cancéreux privés d'HCl. Or ce sont les microbes qui font les fermentations.

M. Cassaët (1) dit que le suc gastrique peut être aseptique et même antiseptique, car exposé à l'air pendant 10 jours, il reste stérile. Le bacille lactis aerogenes et le coli bacille sont tués par un suc gastrique d'une acidité artificielle de 2 0/00. Le coli bacille est le plus résistant des deux.

Le Dr Laval (2) conclut :

1° Grâce à HCl, le suc gastrique est antiseptique pour le bacterium coli, le bacille pyocyanique, le bacille de Lœffler du choléra, du charbon, le streptocoque de l'érysipèle.

2° Cette action cesse si on neutralise HCl.

3° Si après avoir neutralisé HCl on l'acidifie à 1 0/00 avec HCl, il ne peut que retarder l'évolution du coli bacille, du bacille pyocyanique, des microbes du choléra, de l'érysipèle et du charbon. Si on porte l'acidité à 2 0/00 il est antiseptique pour tous.

4° Le suc gastrique des hyperchlorhydriques empêche le développement des microbes mais, s'il est fraîchement recueilli et neutralisé, il ne l'arrête pas. Quand il est recueilli et neutralisé depuis longtemps, il paraît les empêcher d'évoluer.

5° On devrait donner de l'HCl à tous les hypochlorhydri-

(1) Cassaet, *Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, nov. 1893. *Gaz. hebd. Sciences méd. de Bordeaux*, 1894.

(2) Laval, Th. Bordeaux, déjà citée.

ques, et aux malades atteints de pyrexies aiguës (1) ou d'infection des voies digestives.

Gilbert (2) conclut de ses expériences que l'HCl de l'estomac ne peut stériliser les aliments. D'ailleurs, le chyme est plus riche en micro-organismes que les matières fécales. On ne doit donc pas compter sur le suc gastrique pour protéger l'intestin.

Enfin Valmyre, à juste titre croyons-nous, considère que plusieurs facteurs concourent à maintenir l'estomac dans une antisepsie très relative d'ailleurs. Ces facteurs sont :

1° *Aliments.* — Les solides et les liquides agissent par leur qualité, leur quantité et leur température.

2° *Acide chlorhydrique libre et combiné.* — Hayem et Winter (3) nous montrent que pendant la digestion, HCl ne se produit que pour une faible part à l'état libre ; il existe surtout à l'état de combinaisons.

A l'état libre, il est antiseptique à une certaine dose (Cassaët, Gilbert, Laval).

Mais ces conditions ne sont pas celles de la digestion normale ; — puisqu'Abelous isole 16 espèces de micro-organismes qui vivent normalement dans l'estomac ; — puisque d'après Gilbert et Dominici il y a 2 fois plus de microbes dans le chyme que dans les matières fécales ; — puisque Mathieu et Rémond trouvent autant de fermentations chez les hyper-

(1) Gluzinski (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, t. XLII, 1889) a publié des expériences de Wolfram, de Cracovie, sur le suc gastrique chez les fiévreux. HCl disparaît dans les pyrexies aiguës, et revient au moment de la défervescence. Dans les pyrexies chroniques le suc gastrique est normal.

(2) Gilbert, *Soc. Biol.*, nov. 1894, et avril 1894.

(3) Hayem et Winter, *Chimisme stomacal*, Paris, 1891.

chlorhydriques dilatés, que chez les cancéreux hypochlorhydriques, etc.

Chlorures et acides chloro-organiques. — Les chlorures sont antiseptiques ; quant aux combinaisons chloro-organiques on les a peu étudiées. — Cependant Laval en signale une qui serait antiseptique.

Acides organiques. — Ceux qu'on rencontre dans l'estomac sont fort nombreux et quelques-uns d'entre eux sont des antiseptiques (acides lactique, acétique etc.). Les autres constituent peut-être un milieu peu favorable.

Salive. — Valude (1) et Sanarelli (2) lui attribuent des propriétés bactéricides énergiques. Imbibant le bol alimentaire, elle est déglutie avec lui et peut-être son action s'exerce-t-elle encore dans l'estomac.

Déchets organiques. — Les ptomaïnes agissent énergiquement sur nous : pourquoi ne gêneraient-elles pas le développement des microbes ?

Enfin il est certain que les microbes de l'estomac agissent les uns sur les autres par leur présence et leurs produits solubles. Ainsi le bacille pyocyaneus qu'Abelous a trouvé dans l'estomac entrave le développement du bacille du choléra.

D'autre part, Œchsner de Coninck, en 1891 et 1894, nous enseigne que certaines ptomaïnes empêchent le développement des germes ; Guignard et Charrin mettent dans un même tube le bacille pyocyanique et le charbon symptomatique, ce dernier meurt et le premier seul se développe. La même chose se produit si on remplace le bacille pyocyanique par ses produits solubles.

(1) Valude, *Congrès de la tuberculose*, Paris, 1893.
(2) Sanarelli, Salive humaine. *Centr.* 6. *Bact. a. Parant*, X, p. 817.

On voit donc que c'est tout un concours de circonstances qui tendent à rendre le milieu stomacal défavorable aux micro-organismes et que cependant l'estomac est habité par une foule de microbes. C'est par l'adaptation et l'hérédité que Valmyre essaie d'expliquer ce paradoxe. En tous cas il semble prouvé que l'estomac atténue sensiblement la virulence des bactéries qui l'habitent.

Suivent des expériences inédites, mais malheureusement incomplètes, que nous devons à l'obligeance de MM. Achard et Renault :

1er MALADE. — *Dyspepsie nerveuse simple.*

EXPÉRIENCE I. — Le premier malade, atteint de dyspepsie nerveuse simple, sans modifications importantes du chimisme stomacal, était nourri au régime ordinaire de l'hôpital.

Ce malade n'ayant pris aucun aliment depuis la veille au soir, on introduit dans son estomac (avec un entonnoir et un tube stérilisé) un demi-litre de bouillon ordinaire stérilisé ; le liquide est laissé quelques minutes dans l'estomac, puis recueilli dans un ballon stérile. Un centimètre cube de ce liquide est mélangé à 10 centimètres cubes de gélatine-peptone liquide qui servent à faire une première plaque ; un centimètre cube de cette dilution est dilué dans 10 centimètres cubes de gélatine-peptone qui servent à faire une deuxième plaque ; de même pour une troisième. Ces plaques sont laissées à la température du laboratoire (18° à 20°) ; les deux premières sont presque entièrement liquéfiées ; la 3e seule est utilisable pour l'examen des cultures.

On trouve : 1° des microcoques, groupés en chaînettes, ne liquéfiant pas la gélatine et donnant sur agar une traînée blanche ; 2° un bacille mobile, décoloré par le Gram, liquéfiant la gélatine ; 3° un bacille mobile plus gros, ne liquéfiant pas la gélatine ; 4° une levure.

EXPÉRIENCE II. — Dans une deuxième expérience, le bouillon avec lequel on a lavé l'estomac est mis à l'étuve pendant 36 heures avant d'être utilisé pour faire des plaques de gélatine. Sur ces plaques on trouve : 1° de nombreux microcoques liquéfiant légèrement la gélatine ; 2° des bâtonnets donnant sur agar une culture verte ; 3° une sarcine. Des plaques, placées sous une cloche disposée pour les cultures anaérobies, dans laquelle circule un courant de gaz d'éclairage, et placée sur un cristallisoir rempli de vaseline, sont couvertes de cultures semblables.

2e MALADE. — *Cancer de l'estomac.*

EXPÉRIENCE III. — Un deuxième malade est atteint de cancer de l'estomac avec stase.

Analyse par M. SOUPAULT du contenu stomacal.

Liquide abondant, jaune rougeâtre, contenant des fragments d'aliments non digérés.

		Etat normal
Acidité totale.	A = 1,42 .	1,25 à 1,75 0/00
Chlore total	T = 2,414.	3,21 —
Chlore moins HCl libre.	T-HCl = 2,414.	
Chlorures fixes. . . .	F = 1,775.	
Chlore combiné. . . .	C = 0,639.	1,70 —
HCl libre	H = 0	0,45 —

Le contenu de l'estomac, retiré le matin à jeun sans addition d'aucun liquide, contient une quantité innombrable de microbes. Des plaques de gélatine sont faites sous la cloche à gaz d'éclairage ; la première dilution est faite avec une goutte de liquide stomacal dans 10 centimètres cubes de gélatine-peptone ; la deuxième avec une goutte de la première dilution dans 10 centimètres cubes de gélatine-peptone, etc., et ainsi jusqu'à quatre dilutions. Les deux premières plaques sont entièrement liquéfiées ; sur la quatrième on peut isoler des microcoques et des bacilles.

3e MALADE. — *Maladie de Reichmann.*

EXPÉRIENCE IV. — Un troisième malade est atteint de maladie de Reichmann. Son estomac est lavé un matin à jeun avec du bouillon stérilisé, et le liquide retiré est ensemencé sur plaques de gélatine. On isole : 1° des microcoques donnant sur agar une culture blanche, ne liquéfiant pas la gélatine ; 2° des microcoques groupés en grappes donnant sur agar une culture jaune, ne liquéfiant pas la gélatine ; 3° un bâtonnet, non décoloré par le Gram, ne liquéfiant pas la gélatine ; 4° une levure donnant sur agar et gélatine une culture couleur vermillon, ne liquéfiant pas la gélatine. Ces divers microbes donnent une culture par piqûre, et par strie, dans la gélose sous pétrole.

Malheureusement MM. Achard et J. Renault ont dû interrompre leurs recherches et n'ont pu classer les différentes bactéries qu'ils avaient trouvées. *On peut retenir cependant que l'estomac contient un grand nombre de microbes. Dans le cas de cancer de l'estomac avec stase des aliments,*

anachlorhydrie et fermentations secondaires, le nombre des microbes trouvés était infiniment plus grand que dans les deux autres cas.

Recherches sur la toxicité et le rôle antiseptique du suc gastrique.

1° En août 1891, chez un malade traité à l'hôpital Andral, dans le service de M. Debove, pour une grande dilatation de l'estomac, mais chez qui, quelque temps après, apparurent les signes d'un cancer gastrique qui d'ailleurs fut vérifié par l'autopsie, MM. Achard et J. Renault ont recherché si le contenu stomacal renfermait des substances toxiques. Le malade étant à jeun depuis la veille au soir, ils lui introduisirent un tube dans l'estomac et retirèrent un liquide fétide contenant des flocons brunâtres. Ce liquide, légèrement acide, renfermait de l'acide lactique, caractérisé par la réaction d'Uffelmann, mais ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre (réaction de la phloroglucine-vanilline). Filtré à la bougie de porcelaine, ce liquide fut injecté à la dose de 12 centimètres cubes dans la veine d'un lapin et dans le péritoine d'un cobaye. Il n'en résulta chez ces animaux aucun trouble appréciable.

(Ce fait montre que le contenu stomacal, dans le cas de stase avec fermentation, peut n'avoir qu'une très faible toxicité.)

2° MM. Achard et J. Renault ont commencé aussi quelques recherches dans le but d'étudier les qualités antiseptiques du suc gastrique.

A. — Un soir à 9 heures ils lavent l'estomac de leur malade atteint de la maladie de Reichmann ; le lendemain matin à 8 heures, le malade n'ayant rien pris la nuit, ils retirent par la sonde 300 centimètres cubes de liquide dont l'analyse faite par M. Soupault avec le procédé de MM. Hayem et Winter donne :

		État normal.
Acidité totale.	A = 2.77.	1,25 à 1,75 0/00
Chlore total	T = 3,33.	3,21 —
— moins HCl libre. . .	T-HCl = 2,84.	3,76 —
Chlorures fixes	F = 1,20.	2,13 —
HCl libre	H = 0,49.	0,45 —
Chlore combiné.	C = 1,64.	1,70 —

Peptones en petite quantité.

Le liquide, filtré sur papier filtre, est réparti en tubes et stérilisé pendant cinq jours, une heure chaque jour, à 58°.

Des ensemencements faits dans ces tubes avec du bacterium coli, du bacille d'Eberth, avec les microbes provenant de l'estomac du malade (voir ci-dessus la 4e expérience, 3e malade) restent stériles. Du liquide retiré de ces différents tubes est ensuite ensemencé sur des tubes de gélose qui eux aussi restent stériles.

B. — Avec ce même suc gastrique les auteurs préparent un milieu nutritif de la façon suivante : 3 grammes de peptone sont dissous dans 20 grammes d'eau distillée, on stérilise à 100° pendant 10 minutes, on filtre; on ajoute 130 centimètres cubes de suc gastrique. Le milieu ainsi obtenu, contenant 2 0/0 de peptone, est stérilisé par chauffage discontinu à 56° pendant 3 jours, deux heures chaque jour.

Le bacterium coli, le bacille d'Eberth, les microbes provenant de l'estomac du malade ne donnent aucune culture dans ce milieu.

C. — De l'estomac du même malade on retire le matin à jeun (sans lavage la veille au soir) 690 centimètres cubes de suc gastrique dont l'analyse, faite par M. Soupault, donne :

Coloration gris sale,

Consistance sirupeuse,

Odeur de vin fermenté,

Acide au papier de tournesol,

Sur le filtre restent quelques caillots de lait et quelques matières amylacées :

$$A = 3{,}285$$
$$T = 4{,}61$$
$$T\text{-}HCl = 4{,}40$$
$$F = 2{,}41$$
$$\left.\begin{array}{l} H = 0{,}21 \\ C = 1{,}99 \end{array}\right\} 2{,}20$$

Peptones : violet lilas avec le biuret.

Dans ce liquide stérilisé par chauffage discontinu à 57° ne poussent ni le bacterium coli, ni le bacille d'Eberth ni les microbes provenant de l'estomac du malade.

D. — Dans des tubes contenant 8 centimètres cubes de ce liquide on

ajoute 1 centimètre cube de culture en bouillon de ces derniers microbes. Après 2 heures à l'étuve à 37° on prélève 1 centimètre cube qu'on ensemence dans du bouillon peptonisé, tous les tubes cultivent. Après 4 heures on prélève de nouveau 1 centimètre cube qu'on ensemence dans le bouillon, la levure rouge seule donne une culture.

Ces expériences montrent que le suc gastrique s'oppose à la culture des microbes, et que cette absence de cultures dans le suc gastrique ne résulte pas de ce qu'il ne contient pas de matériaux nutritifs, mais qu'elle a pour cause une action empêchante du suc gastrique, s'exerçant encore après qu'on y a introduit des matériaux nutritifs (peptones).

De plus, elles montrent que les microbes qui pénètrent dans l'estomac y sont détruits par le suc gastrique, à mesure que leur séjour se prolonge.

Il faut ajouter également que tous ces résultats ont été obtenus avec un suc hyperacide.

DEUXIÈME PARTIE

LES FORMES SEPTIQUES DU CANCER DE L'ESTOMAC

CHAPITRE PREMIER

Pathogénie des complications infectieuses du cancer de l'estomac.

Division du sujet.

Le rapide exposé que nous venons de faire dans le précédent chapitre nous montre que l'estomac normal, c'est-à-dire celui dans lequel il n'y a pas de stase alimentaire, qui n'est pas dilaté, dont la motricité n'est pas atteinte et enfin qui contient un suc gastrique suffisamment riche en acide chlorhydrique est habité par un nombre considérable de micro-organismes.

Or le cancéreux est loin d'être dans d'aussi favorables conditions. Il est rare qu'il ne soit pas plus ou moins dilaté et qu'il n'ait pas de la stase alimentaire à un certain degré, étant donné la fréquence du cancer du pylore et du rétrécissement consécutif de cet orifice. De même, en même temps qu'est atteinte sa motricité, l'acide chlorhydrique est disparu ou peu s'en faut de son suc gastrique.

Voilà donc un estomac qui se défendra mal contre la pullulation des microbes et les examens bactériologiques montrent qu'en effet il en est ainsi.

D'autre part le cancéreux est dans des conditions éminemment favorables pour faire du pus ; il est anémié, affaibli, se nourrit mal ; en un mot il est en état de déchéance organique ; son cancer ulcéré est une porte d'entrée par où pénétreront les micro-organismes innombrables de son estomac. Tantôt la suppuration se fait seulement à la surface de la néoplasie, tantôt au contraire elle la pénètre et devient intra-cancéreuse, tantôt enfin elle ne trouve en lui qu'une porte d'entrée et irradie plus ou moins loin. Dans ces cas le microbe pathogène ne fait que traverser la néoplasie, sans y déterminer de suppuration ni en surface ni en profondeur et va en produire ailleurs, plus ou moins loin, dans un point plus propice. Dans d'autres cas enfin, la porte d'entrée peut ne pas être le cancer ni les ulcérations consécutives aux lésions de gastrite interstitielle et épithéliale que développe souvent le néoplasme (Alb. Mathieu et Lorenz). Dans ces cas l'état cachectique du malade et son inanition qui le rendent une proie facile pour les microbes, sont des causes adjuvantes très efficaces pour faciliter une infection partie d'un point quelconque et ajouter à sa gravité. C'est l'appareil pulmonaire qui semble alors être le plus fréquemment atteint et les microbes qu'on y rencontre habituellement : streptocoque, pneumocoque et bacille de Koch, sont en général ceux qui causent ces infections.

On peut donc déjà établir deux grandes divisions : d'un côté les cas où l'infection part de l'estomac ; de l'autre, ceux où elle a une origine quelconque et où le cancer joue simplement un rôle adjuvant.

Nous n'insisterons pas sur les infections de cet ordre parce que d'abord elles ne présentent rien de particulier au point de vue du cancer de l'estomac. Une cachexie quelconque peut en entraîner de semblables ; bien que, par suite de l'état d'inanition où il met les malades, le néoplasme stomacal puisse avoir une influence plus considérable que certains autres, ces complications ne sont pas rares au cours des autres néoplasies. Enfin un grand nombre des cas de cet ordre peuvent peut-être se rattacher aux infections parties de l'estomac : en effet Weigert admet que le bacille de Koch peut pénétrer dans la veine porte, par exemple, sans la moindre solution de continuité : pourquoi ne pourrait-il infecter le poumon en passant par l'ulcération stomacale ? pourquoi ne pourrait-il en être de même du streptocoque et du pneumocoque ? Nous verrons des cas, par exemple dans l'observation de M. Brissaud, où le malade avait du pus dans les articulations en même temps que dans sa plèvre. Quel en était le microbe ? On ne l'a pas cherché mais vraisemblablement ce devait être du streptocoque, l'évolution semble l'indiquer ; la porte d'entrée était l'ulcération néoplasique et l'appareil respiratoire était touché ! Qu'il y ait des cas où l'infection ait pénétré l'organisme en un point quelconque, çà n'est pas douteux ; quels sont ces cas, cela nous semble impossible à dire.

Dans ces conditions il nous paraît que sous le nom de formes septiques du cancer de l'estomac on doit considérer seulement celles où l'infection a pénétré par l'ulcération gastrique tout en sachant qu'à côté de ces cas il y en a d'autres où les choses peuvent se passer différemment.

La suppuration à la surface du néoplasme donnera lieu à

des accès fébriles au sujet desquels nous devrons passer en revue les diverses idées qui furent émises à propos de la fièvre dans le cancer de l'estomac.

Si, au contraire, la suppuration envahit la profondeur de l'ulcération, devient intra-cancéreuse, elle pourra déterminer une gastrite phlegmoneuse, complication très rare ; ou moins exceptionnellement, par propagation une péritonite, qui sera généralisée si les adhérences n'ont pas pu se former, localisée dans le cas contraire. — Il en résultera généralement un abcès pré-stomacal avec ou sans fistule. Ces faits constitueront la catégorie des complications locales infectieuses du cancer de l'estomac.

Les complications à distance au contraire, celles où les germes ont traversé la néoplasie pour aller chercher plus loin un terrain favorable, formeront une seconde catégorie qui pourra elle-même se subdiviser suivant la voie qu'aura suivie l'infection : 1° la voie lymphatique ; 2° la voie sanguine.

Nous chercherons ensuite à montrer quelle est la part qu'on peut attribuer à l'infection dans la production de la cachexie cancéreuse.

Enfin nous essayerons de tirer de ce travail quelques conclusions.

CHAPITRE II

Complications locales, infectieuses, du cancer de l'estomac.

Ces complications locales sont de plusieurs sortes ; la paroi seule de l'estomac peut être infectée et alors on aura une gastrite phlegmoneuse, limitée ou diffuse. Au contraire, dans d'autres cas, l'infection se propage au péritoine et donne lieu à de la périgastrite qui ne tarde pas à suppurer. Si des adhérences ont pu se former, on aura un abcès qui pourra occuper différentes situations par rapport à l'estomac : soit en arrière (obs. 14), soit au-dessous, soit le plus souvent en avant où il constituera l'abcès pré-stomacal. Il s'accompagnera de fistule gastro-épigastrique, ou au contraire communiquera uniquement, tantôt avec l'estomac, tantôt avec l'épigastre. Dans la majorité des cas la production d'une de ces variétés de fistule n'est qu'une affaire de temps. Nous allons étudier successivement ces complications.

§ 1. — Gastrite phlegmoneuse.

Cette affection constitue presque une rareté, et le cancer de l'estomac est pour une faible part dans son étiologie. Sur 3 cas cités par Mintz, en 1892, un, celui de Lasègue, est douteux.

Le premier travail d'ensemble paru en France sur ce sujet, est de M. Raynaud (1) et comprend 21 cas. Cinq ans plus tard, M. Auvray (2) reprend la question qui est complétée ensuite par les travaux de MM. Glax (3), Testi (4), Sebillon (5), Lœwenstein et Reinking (6), Mintz (7), et enfin Triger (8).

La gastrite phlegmoneuse affecte deux formes ; la forme circonscrite, et la forme diffuse.

A. *Forme circonscrite.* — Dans certains cas, l'infection de la paroi stomacale aboutit à la formation d'abcès. L'abcès unique est le cas le plus fréquent. Il se forme dans le tissu sous-muqueux, proémine et s'ouvre soit dans la cavité gastrique, soit en dehors d'elle. C'est au voisinage du pylore qu'on le rencontre le plus souvent, et son volume varie entre ceux d'une noix et d'un œuf.

B. *Forme diffuse.* — Dans d'autres cas au contraire, et avec une fréquence plus considérable pour le cancer, l'infection est caractérisée par une infiltration purulente des tuniques de l'estomac et surtout du tissu cellulaire sous-muqueux. Les parois de l'organe sont épaissies (obs. 1) tendues et résistantes si l'infection est récente, elles sont molles et flasques si elle est ancienne et si la suppuration est bien établie. Par endroit, on note de la pâleur, une nuance jaunâtre de la muqueuse qui ailleurs est hyperhémiée. A la pression

(1) Raynaud, *Gaz. hebd.*, 1861.
(2) Auvray, Th. Paris, 1866, *Etude sur la gastrite phlegmoneuse.*
(3) Glax, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1879.
(4) Testi, *Annal. Univers di med.*, 1883,
(5) Sebillon, Th. Paris, 1885, *Gastrite phlegmoneuse.*
(6) Loewenstein et Reinking, *Beitrag zur Kenntniss der phlegm. gast.* Kiel, 1890.
(7) Mintz, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, XLIX, 1891-92, p. 487.
(8) Triger, Th. de Paris, 1895, *Phlegmon sous-muqueux de l'estomac.*

dans certains cas, on fait couler du pus par une multitude de petits orifices (obs. 1).

L'infection peut se propager par la voie lymphatique aux séreuses voisines : péritoine, plèvre, péricarde.

Les lésions microscopiques surtout étudiées par Mintz sont reproduites à la suite de son observation (obs. 1).

Symptomes. — Nous n'insisterons pas longtemps sur les symptômes, qu'on retrouvera dans l'observation.

Locaux, il sont constitués, par une douleur intense très exagérée par la pression. Vomissements. Dans le contenu stomacale, la présence de globules purulents peut servir au diagnostic. La palpation ne donne pas toujours des résultats bien importants.

Les symptômes généraux sont ceux des états septiques, facies abattu, yeux excavés, pouls filiforme, irrégulier, quelque fois accéléré, dyspnée, prostration des forces, collapsus terminal. Urines rares, température assez élevée, peu étudiée d'ailleurs.

La terminaison est rapidement mortelle dans les formes diffuses, quelquefois plus lente à se produire dans les formes circonscrites.

Le diagnostic est souvent très difficile.

§ 2. — Péritonite localisée. Périgastrite. Abcès pré-stomacal.

Il arrive plus fréquemment que les microbes pyogènes ne s'arrêtent pas dans les tuniques gastriques, mais les traversent simplement pour venir infecter par la voie lymphatique le péritoine au voisinage de l'estomac.

Habituellement cette infection se fait lentement, progressivement ; des adhérences s'établissent et dans une poche ainsi formée se développe du pus.

Cette poche purulente peut occuper toutes les situations par rapport à l'estomac, être en arrière (obs. 14), être en dessous ; mais nous l'avons déjà dit, c'est en avant entre l'estomac et la paroi abdominale antérieure que ces abcès se rencontrent de beaucoup le plus souvent. Ces cas sont aujourd'hui bien connus et ce sont eux surtout que nous allons étudier dans ce chapitre.

La connaissance des fistules gastro-cutanées consécutives à un abcès pré-stomacal dans le cancer de l'estomac n'est pas de date très ancienne ; Cruveilhier l'ignore, Brinton et Rokitansky en citent chacun un cas. Puis paraît le travail de Murchison qui réunit 25 cas de fistule dont 6 seulement dans le cancer de l'estomac. M. Féréol en 1859 en publie un cas et M. Gauthier (1), sur 22 observations de fistules, en trouve 8 consécutives au cancer. M. Feulard réunit les 6 observations de Murchison et arrive au chiffre de 14 publiées avant 1888. M. Achard (2), en 1895, en publie deux et cite la bibliographie d'un certain nombre d'autres postérieures au mémoire de M. Feulard ou ayant échappé à ce dernier. Enfin M. Bréchoteau dans sa thèse en reproduit 24 et en indique 5 d'après M. Achard. Depuis, MM. Vilcoq et Lancry (3) en ont rapporté un cas qui, joint à celui que nous publions, porte à 31 le nombre de cas connus de cette complication.

Anatomie pathologique. — Nous allons étudier rapidement

(1) Gauthier, Th. Paris, 1887.
(2) Achard, *Soc. méd. hôp. Paris*, 26 juillet 1895, p. 618.
(3) Vilcoq et Lancry, *Gaz. hebd.*, 9 février 1896.

au point de vue anatomo-pathologique l'abcès pré-stomacal.

Poche. — Limitée *en arrière* par les adhérences entre l'estomac et les viscères voisins ; *en avant* par la paroi abdominale antérieure ; *latéralement* par des fausses membranes qui rattachent cette paroi abdominale aux organes sous-jacents.

Pus. — Habituellement franchement phlegmoneux à l'ouverture de l'abcès et sans matières alimentaires. Ce n'est généralement que plus tard, quand la perforation stomacale s'est faite, que dans le pus, qui d'ailleurs a perdu une partie de ses caractères, apparaissent des parcelles alimentaires. L'examen de ce pus a été rarement fait, nous n'avons pu trouver aucun cas où les recherches bactériologiques aient été faites. L'observation de M. Renault que nous publions (obs. 4), est la seule à notre connaissance, où on ait examiné le pus qui contenait du streptocoque.

Cancer. — Siège ordinairement à la région pylorique, mais en général l'orifice est indemne et admet le passage du doigt.

La forme encéphaloïde est la plus fréquente ; la prédominance des formes molles (le squirrhe n'a été constaté que quatre fois) s'explique aisément ; l'infection, cause déterminante de l'abcès, évolue plus facilement dans une ulcération ramollie, tandis que dans le squirrhe, les tissus indurés offrent une barrière beaucoup plus résistante aux germes pathogènes.

Fistule. — Sa longueur varie avec son trajet qui peut être direct ou oblique. Souvent elle doit contourner le lobe gauche du foie, à moins qu'elle ne le traverse lorsque la carcinose l'a envahi.

L'orifice stomacal, généralement unique, est tantôt petit et ne peut admettre qu'un stylet de trousse, tantôt assez large

et son ouverture peut mesurer un pouce et demi. Il est situé habituellement sur la paroi antérieure de l'estomac.

L'orifice extérieur siège le plus souvent au sommet de la tumeur lorsque l'ouverture s'est faite spontanément, mais fréquemment, c'est au niveau du point faible constitué par la cicatrice ombilicale que le pus se fait jour.

Habituellement unique, cet orifice peut être multiple et sa dimension varie entre le volume d'un stylet de trousse et le diamètre d'une pièce de 5 francs.

D'ailleurs, la cavité de l'abcès peut être close et ne communiquer ni avec l'estomac ni avec l'extérieur. Il peut également n'exister qu'une ouverture, soit dans l'estomac, soit dans la région épigastrique.

Symptomes. — Au début ces abcès présentent des symptômes analogues à ceux de tous les phlegmons qui se développent en ce point. Souvent le malade réunit plus ou moins complètement les signes habituels du cancer stomacal (cachexie, teinte jaune paille des téguments, vomissements, hématémèse, etc.), mais souvent aussi il n'accuse que des troubles digestifs vagues, il a un cancer plus ou moins latent.

La douleur est un des symptômes qui apparaissent tout d'abord ; elle est intense, profonde, lancinante, exagérée par la pression ; d'abord locale, elle ne tarde pas à présenter des irradiations.

A ce moment ou peu de temps après, la palpation révèle dans la profondeur un empâtement, un épaisissement, encore sans adhérences avec les téguments, mais qui dans les jours suivants augmente rapidement de volume. C'est entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic qu'on rencontre le plus ordinairement cette tuméfaction.

La fièvre, modérée, s'allume et peu à peu la fluctuation apparaît avec les autres caractères phlegmoneux. Le volume de la tumeur varie alors entre celui d'une noix et celui du poing : on l'a vu atteindre celui d'une tête d'enfant.

L'ouverture se fait, soit à l'ombilic, soit au point culminant ; à moins qu'on ne soit intervenu. Le pus qui s'écoule est quelquefois verdâtre, crêmeux, bien lié, mais le plus souvent séreux, grisâtre, mal lié, fétide. Parfois, en même temps que lui, apparaissent quelques bulles de gaz.

Alors la fièvre tombe la plupart du temps, mais la fistule n'a pas la moindre tendance à la cicatrisation.

L'écoulement change insensiblement de nature, et les liquides alimentaires peuvent apparaître, fait important qui prouve l'ouverture de l'estomac et sa communication avec la cavité de l'abcès.

La mort ne tarde pas à survenir et dans les derniers jours, la tumeur peut devenir complètement gangreneuse. La survie, à partir de l'époque où la fistule s'est formée, varie de quelques jours à six mois.

Diagnostic. — Il est en général facile quand le cancer stomacal se révèle par des signes évidents. Mais si, au contraire, on a affaire à un cancer latent ou peu bruyant, le diagnostic peut devenir très difficile. En dehors de cela, la péritonite tuberculeuse localisée au pourtour de l'ombilic, peut seule en imposer à un esprit prévenu quand les signes du cancer ne sont pas nets.

Résumé. — La formation d'un abcès péri-ombilical préstomacal et d'une fistule consécutive, est une complication assez rare du cancer gastrique. C'est dans les formes molles d'un cancer du pylore qu'on observe, le plus souvent, ces

abcès qui sont ordinairement sus-ombilicaux. Ils sont le résultat d'une infection locale et la perforation de l'estomac loin d'être nécessaire est le plus généralement secondaire ; elle est indiquée par l'écoulement de substances alimentaires, par la fistule épigastrique.

C'est une complication qui hâte la terminaison fatale et indique une mort prochaine.

On trouvera dans la thèse de M. Bréchoteau, toutes les observations relatives à cette complication connues jusqu'en 1896. En outre de celle inédite que nous devons à M. le Dr J. Renault, nous résumons celle de MM. Vilcoq et Lancry, postérieure à la thèse de M. Bréchoteau, ce qui, nous le répétons, porte à 31 le nombre de cas de ce genre que nous connaissons jusqu'à ce jour.

CHAPITRE III

Complications infectieuses, à distance, du cancer de l'estomac.

§ 1. — Infection par la voie lymphatique.

Ce sont surtout les séreuses, péritoine, plèvre, péricarde, ou encore les ganglions, qui sont atteints quand l'infection, partie de l'estomac, suit la voie lymphatique. Cependant les viscères peuvent également, à n'en pas douter, être frappés de la sorte ; il est très probable que bien des suppurations du foie observées au cours du carcinome gastrique, ont suivi cette voie.

C'est celle d'ailleurs, qu'admet M. Achard pour la suppuration des métastases hépatiques dans une observation qu'il publie (1).

Pour le poumon, la chose n'est pas douteuse non plus, et elle est connue sous le nom d'angioleucite pleuro-pulmonaire. Nous allons donc étudier successivement ces diverses localisations.

A. Péritoine. — Dans certains cas, les microbes pyogènes venus par les lymphatiques, au lieu de grouper leur action sur des points voisins, se répandent dans le reste de la cavité séreuse. Ils y développent des fausses membranes, qui tapis-

(1) Achard, Cancer stomacal forme pyohémique, fistule ombilicale, abcès cancéreux du foie. *Méd. mod.*, 1894, p. 1233.

sent les parois abdominales, soudent entre elles les anses intestinales, au point de ne faire qu'un seul bloc de l'intestin grêle ; des adhérences s'établissent un peu partout et leur résistance est en raison inverse de leur ancienneté.

Souvent aussi, quoique plus rarement que dans l'ulcère rond, le processus néoplasique aboutit à une perforation plus ou moins large, par où passent les contenus septiques de l'estomac, qui, suivant leur virulence, détermineront une péritonite généralisée, suraiguë la plupart du temps, à moins que des adhérences préalables ne limitent un foyer ; dans quel cas, nous revenons à l'abcès décrit dans le précédent chapitre. Mais ces péritonites par perforation ne sont pas celles que nous avons surtout en vue, qui sont des péritonites par propagation par voie lymphatique.

La séreuse irritée produit de l'ascite, en quantité plus ou moins abondante. Le liquide est quelquefois séro-fibrineux avec une teneur en fibrine très variable (obs. 6), quelquefois, il est séro-purulent (obs. 5), quelquefois enfin franchement purulent (obs. 12).

Rarement l'examen bactériologique a été fait. Cependant Weichselbaum (obs. 6), après des recherches diverses (culture agar-agar... etc.), trouva dans du liquide séro-fibrineux des diplocoques encapsulés de la pneumonie, qui d'ailleurs existaient également dans le liquide épanché dans les plèvres du même malade.

M. Hanot (obs. 5), en 1895 dans du liquide séro-purulent retiré durant la vie par une ponction, trouve en ensemençant sur gélose, quelques staphylocoques blancs et en abondance un bâtonnet trapu, qu'il considère comme un saprophyte non pathogène émigré des voies digestives et ayant trouvé

dans le liquide ascitique, un milieu particulièrement favorable à son développement. La culture de cette bactérie injectée à des lapins, même à haute dose ne produit aucun accident ; M. Hanot conclut que la péritonite devait être attribuée à la présence de staphylocoque blanc, révélé par l'ensemencement, et suppose que sa virulence s'est exaltée dans la cavité péritonéale, tandis que dans le milieu stomacal, elle s'était atténuée au point qu'il n'y était pas pyogène.

Il est vraisemblable que d'autres microbes peuvent déterminer des accidents péritonéaux au cours du cancer de l'estomac. La réponse est déjà positive pour le pneumocoque encapsulé et le staphylocoque albus, elle le sera probablement un jour pour le staphylocoque aureus, le coli bacille, le streptocoque etc.

Les symptômes de cette péritonite peuvent être divisés en symptômes locaux et en symptômes généraux.

Localement, on voit dans la plupart des observations, que les malades ont présenté de la douleur, plus ou moins considérable, quelquefois atroce (obs. 12), à maximum variable souvent, on le comprend aisément, localisée dans la région épigastrique ; généralement spontanée, avec des irradiations dans tout l'abdomen, elle est très exagérée par la pression.

Le ventre est plus ou moins ballonné ; le tympanisme était assez considérable pour masquer la matité hépatique dans le cas de Mintz. Habituellement on y trouve les signes d'un épanchement plus ou moins abondant.

Les symptômes généraux sont encore ici les signes ordinaires des états infectieux, la localisation péritonéale n'y amène que peu de particularités.

Les vomissements sont très fréquents, le facies a l'aspect péritonéal qui le rend frappant ;

La fièvre est plus ou moins élevée, elle peut même manquer totalement comme dans le cas de Weichselbaum (obs. 6).

L'état du malade s'aggrave rapidement, la cachexie fait des progrès incessants et le malade ne tarde pas à succomber.

B. Plèvre. — On sait que le diaphragme sépare anatomiquement par une cloison mince la cavité thoracique contenant les plèvres et le péricarde, de l'abdomen, qui est tapissé par le péritoine ; pathologiquement cette séparation est insuffisante par suite des lymphatiques qui traversent en grand nombre le diaphragme (puits lymphatiques de Rauvier) et qui à travers le muscle relient le péritoine et la plèvre. On comprend donc facilement que ce chemin pris fréquemment par les microbes du péritoine pour envahir la plèvre, ou inversement, soit également suivi par les micro-organismes que les lymphatiques emmènent de l'estomac. C'est d'ailleurs, ce que montre la clinique et les pleurésies septiques au cours du cancer de l'estomac sont assez fréquentes.

On peut observer du côté de la plèvre des épanchements séreux, séro-purulents et même entièrement purulents, occupant la totalité de la cavité séreuse, qui est au contraire quelquefois cloisonnée. On a même observé des cas (obs. 8), où dans une même plèvre il y avait une pleurésie purulente enkystée, s'étant ouverte dans les bronches et ayant formé un pyo-pneumothorax partiel, pendant qu'au-dessous, se trouvait du liquide séreux. Le plus souvent le liquide qu'on rencontre est : séro-purulent, et on l'a vu, dans certains cas (obs. 9), être d'une fétidité remarquable, purulent ; rarement séro-fibrineux. Dans les 7 observations que nous citons où il y avait un épanchement, le liquide était trois fois franchement purulent (obs. 8, 9, 19), 3 fois louche ou séro-

purulent (obs. 7, 10, 12), une fois seulement séro-fibrineux (obs. 6). C'est dans ce dernier cas seulement que nous avons vu qu'on avait examiné le liquide. Weichselbaum, y avait trouvé une grande quantité de cocci en chaînette, qui auraient pu en imposer pour des streptocoques, si la coloration ne les avait pas montrés presque tous entourés d'une capsule : c'étaient des diplocoques de la pneumonie, comme le firent voir d'ailleurs des recherches ultérieures.

La présence du pneumocoque dans la plèvre et le péritoine de ce malade, peut peut-être expliquer la non purulence du liquide. Qu'on songe en effet à la fragilité du pneumocoque et l'on comprendra facilement que l'estomac même privé de la plupart de ses moyens de défense ordinaires ait pu atténuer sensiblement sa virulence ; d'ailleurs l'auteur semble dire à un moment donné que le liquide péritonéal était un peu purulent (1).

Il résultera encore de là, que si le pneumocoque, microbe spécialement peu résistant, a pu infecter la plèvre et le péritoine d'un cancéreux, il en sera de même, à plus forte raison, des microbes plus résistants et plus virulents, seuls ou associés, staphylocoques, albus et aureus, streptocoque, coli bacille, etc., et qui, sans aucun doute, donneront lieu aux pleurésies franchement purulentes.

Les signes de ces pleurésies seront évidemment différents suivant les microbes qui l'auront causé et se rapprocheront

(1) Dans le pus d'un foyer d'appendicite opérée par M. Broca, M. Achard a trouvé associés le coli bacille et le pneumocoque. Ce dernier microbe donna des cultures virulentes pour la souris, et les organes des animaux renfermaient des diplocoques encapsulés absolument typiques.

(Ce fait montre que des microbes qui passent pour assez peu résistants et peu capables de lutter avec d'autres espèces microbiennes, peuvent traverser l'estomac sans perdre leur vitalité.)

beaucoup sans doute des types récemment mis en lumière sur lesquels M. Courtois-Suffit a attiré l'attention. Ce seront toujours des signes locaux et des signes généraux.

Un point de côté est presque toujours noté (obs. 7, 8, 12, 19). Généralement il est assez intense et accompagné de toux. Il subit des recrudescences à chaque nouvelle poussée du côté de la plèvre (obs. 7, 19). La dyspnée est souvent peu marquée (obs. 7, 9). Mais surtout quand l'infection paraît due à un microbe très virulent, elle peut devenir très intense. En général elle paraît plutôt due à un phénomène d'infection générale qu'à une chose locale, point de côté ou abondance d'épanchement ; c'est plutôt une dyspnée toxique.

Les signes physiques sont toujours les mêmes et montrent souvent qu'une première poussée a eu lieu du côté de la plèvre (obs. 7, 10, 19); quelques frottements se sont fait entendre, une petite quantité de liquide s'est épanchée et est en partie résorbée, quand tout à coup, brusquement, l'infection frappe de nouveau sur ce point de moindre résistance et alors presque toujours on a une pleurésie purulente.

Les phénomènes généraux sont quelquefois peu marqués par suite de l'affaiblissement des malades, qui les empêche de réagir surtout si l'infection est le fait d'un microbe peu virulent (obs. 6). Mais dans d'autres faits, au contraire, les phénomènes généraux sont remarquablement graves ; dans le premier cas, la dyspnée et la fièvre sont modérées, mais le malade est abattu, somnolent (obs. 7, 9). Dans le second cas, au contraire, la dyspnée est intense, la fièvre assez élevée et accompagnée parfois de frissons ; le malade se plaint de céphalalgie, de douleurs articulaires ; des arthrites purulentes peuvent survenir qui ne sont que la manifestation de l'infec-

tion sur les séreuses articulaires comme la pleurésie est la manifestation de l'infection sur la séreuse pleurale. Le pouls est petit, accéléré, le péricarde est également souvent envahi et tous les degrés peuvent nous conduire jusqu'à la septicémie, infection purulente, pyohémie, etc.

Ces pleurésies, généralement peu influencées par la thoracentèse, annoncent une mort prochaine.

Elles se compliquent souvent de vomique et de pyo-pneumothorax, accidents qui ne présentent ici rien de particulier, si ce n'est qu'on a pu voir la cavité pleurale communiquer avec l'estomac, par l'intermédiaire d'un foyer gangreneux pulmonaire (obs. 9).

C. Poumon. — Le poumon peut également être atteint, et c'est au processus infectieux qu'il faut rattacher une complication rare du cancer de l'estomac, connue sous le nom d'angioleucite pleuro-pulmonaire. Le poumon présente un aspect très différent de celui qu'il a lorsqu'il s'agit d'une généralisation cancéreuse. On le voit tuméfié, œdématié, congestionné. Sur le tissu pulmonaire, se détachant sur le fond rouge, on voit, tantôt superficiellement, tantôt dans la profondeur, un riche réseau entourant les lobules pulmonaires de leurs traînées blanchâtres. On a l'impression d'une injection réussie du système lymphatique du poumon. Il existe 6 ou 7 observations sur ce sujet dont la plupart ont été réunies dans la thèse de M. Troisier (1). Dans les deux cas de M. Raynaud (2), il n'y avait pas de noyaux cancéreux dans le poumon, et les lymphatiques semblaient contenir du pus plutôt que de la substance cancéreuse.

(1) Troisier, Th. Paris, 1874.
(2) Raynaud, *Union Méd.*, 1874.

D. Péricarde. — Les infections consécutives au cancer de l'estomac semblent se localiser moins fréquemment sur le péricarde. Presque toujours la plèvre est également frappée, mais tantôt elle l'est primitivement et la péricardite, passée inaperçue, peut être même parfois une surprise d'autopsie ; tantôt au contraire, la péricardite est primitive, et fréquemment, la plèvre se prend secondairement.

L'abondance de l'épanchement est très variable ; tantôt on trouve quelques grammes, tantôt au contraire on rencontre un demi-litre de pus. Nous disons de pus, car en effet, dans presque tous les cas, il s'agit d'un épanchement purulent. Nous n'avons pas trouvé d'observation dans laquelle on ait fait des recherches bactériologiques sur ce pus.

Dans l'obs. 10, il s'agissait d'un liquide séro-purulent, assez abondant (500 grammes) d'une couleur jaune opaline. Mis dans un verre d'expérience, on voyait bientôt des globules purulents se réunir dans le fond.

Ces péricardites secondaires au néoplasme gastrique passent souvent inaperçues et on ne les constate qu'à l'autopsie lorsqu'on la fait. En effet, si on néglige quelquefois d'examiner d'une façon approfondie un malade chez qui le diagnostic de cancer de l'estomac satisfait l'esprit, on néglige très souvent de faire l'autopsie de ces malades lorsque rien n'est venu commander l'attention pendant la vie.

Le début est souvent insidieux et si on ausculte le malade, on pourra surprendre parfois la première période, pendant laquelle la péricardite est sèche. Mais le pus ne tarde pas à se former et alors le frottement disparaît, les bruits deviennent sourds, éloignés, l'impulsion cardiaque est moins perceptible. A ce moment on constate une voussure plus ou moins nette de la

région précordiale avec submatité superficielle, matité profonde dans toute son étendue. Le pouls, petit, irrégulier est plus ou moins accéléré. La température oscille entre 38° et 39° ; le malade est parfois assez dyspnéique et enfin la mort survient, souvent par syncope.

Quelquefois au contraire la péricardite a été plus ou moins insidieuse, silencieuse ; l'épanchement est peu abondant, la fièvre modérée ou attribuable à une pleurésie concomitante qui peut aussi expliquer la dyspnée. Les signes fonctionnels et physiques sont réduits au minimum.

Comme la pleurésie et la péritonite, la péricardite est d'un mauvais pronostic et indique généralement la mort à brève échéance.

E. Ganglions. — L'envahissement des ganglions en général et sus-claviculaires en particulier par les éléments néoplasiques, au cours d'un cancer abdominal quelconque, mais surtout de l'estomac, est un fait bien connu qui a été mis en relief par M. Troisier. On connaît également la tuberculose ganglionnaire accompagnée ou non de tubercules pulmonaires. Shattuck et Perry (1) l'ont depuis longtemps signalée, tout au moins pour les ganglions bronchiques et M. Girode (2) a récemment repris cette question. M. Achard (3) en cite une observation, où les ganglions suppurés coïncidaient avec une tuberculose pulmonaire très circonscrite, peut-être réchauffée sous l'influence de la cachexie. Dans ce cas l'infection à point

(1) Shattuck et Perry. Colloid of the stomach ; tubercul. diseases of the pleura, lung and Bronchial glands ; Soltening of Bronchial gland, with opening into the left primary Bronches ; Dysentery ; autopsy.

(2) Girode. Valeur diagnostique et pronostique des adénopathies sus-claviculaires. *Soc. méd. hôp.*, 25 janv. 1895, p. 73.

(3) Achard. Complications infectieuses du cancer gastrique (obs. V). *Soc. méd. hôp.*, 1895, p. 627.

de départ pulmonaire, favorisée par l'état du malade, aurait envahi les ganglions cervicaux par voie ascendante. On pourrait également admettre la progression inverse et considérer les ganglions comme ayant été primitivement atteints. Dans ce cas particulier, M. Achard repousse la porte d'entrée gastrique, mais, se hâte-t-il d'ajouter, la pénétration du bacille tuberculeux par l'ulcération cancéreuse de l'estomac n'est pas pour cela à rejeter dans tous les cas ; c'est même l'interprétation qui convient le mieux au cas de Clément (1), dans lequel les lésions tuberculeuses siégeaient seulement dans le foie et dans les ganglions périportaux et axillaires. Comme on le voit,il n'est pas douteux que la pénétration de microbes par les voies lymphatiques puisse déterminer des infections ganglionnaires au cours du cancer ulcéré de l'estomac. Les faits se passent dans ce cas absolument comme dans celui où des germes septiques pénètrent, par une petite plaie du doigt par exemple, et vont déterminer plus loin un adéno-phlegmon.

Dans ce pus nous retrouverons ou plutôt nous pourrons retrouver nos microbes ordinaires de la suppuration ou encore le bacille de Koch.

Les symptômes seront ceux qu'on observe habituellement mais greffés sur un état général mauvais, cachectique, que cette complication aggrave encore d'avantage, d'autant plus qu'elle peut n'être qu'une des manifestations d'une infection prête à frapper ailleurs.

Dans l'obs. 11, que nous citons, il s'agit d'une périadénite et, pour expliquer sa formation, M. Olivier invoque le rôle d

(1) Clément,Ueber seltenere Arten der Combination von Krebs und Tuberculose. *Virchow's Archiv.*, 1895, Bd 139, p. 46, obs. 3.

« corps étranger » qu'aurait pu jouer un ganglion cancéreux antérieur. Ce rôle de « corps étranger » doit être ici ce qu'il est en général partout, et il nous semble probable que les lymphatiques afférents ont dû lui apporter, en même temps que des produits cancéreux venus de l'estomac, des germes pyogènes de même origine.

§ 2. — Infection par voie sanguine.

Nous avons vu que des micro-organismes pouvaient, pénétrés par l'ulcération cancéreuse de l'estomac, déterminer des accidents même à distance, en suivant les lymphatiques ; il en est de même lorsque, au lieu de cette voie, ils prennent le sang pour véhicule. Dans ce cas ils peuvent provoquer des accidents dans tout le territoire vasculaire, tantôt au loin de l'estomac, tantôt au contraire à proximité. Les microbes peuvent infecter seulement une des premières et principales voies qui s'offre à eux, la veine porte, déterminant ainsi des phlébites de cette veine et des accidents hépatiques ; ils peuvent au contraire envahir la masse du sang, pénétrer dans la circulation générale et donner lieu à symptômes excessivement graves, rappelant la septicémie, l'infection purulente, la pyohémie, d'où les noms de forme septicémique de M. Hanol, de forme pyohémique de M. Achard, etc. Tous ces accidents, de même que ceux précédemment décrits, peuvent être, comme l'a dit M. Achard, et comme nous le faisons après lui, réunis sous l'épithète de formes septiques.

Nous allons donc étudier successivement les diverses infections propagées par le système circulatoire.

1° **Circulation porte.** *a*) Pyléphlébite. — La veine porte est

une des principales voies que suivent les microbes d'origine stomacale, ce qui s'explique facilement puisqu'elle est l'aboutissant de presque toutes les veines de l'estomac.

On pourra observer tantôt la forme adhésive, tantôt la forme suppurée ; le plus souvent, étant donné qu'aujourd'hui on n'a plus le droit d'éliminer complètement l'infection dans la production d'une phlébite, ces deux formes seront plus ou moins mélangées. Ces deux types cliniques existent vraisemblablement comme les termes extrêmes d'un même processus, surtout quand la pyléphlébite est consécutive au cancer de l'estomac. Dans la forme adhésive, la compression a pu favoriser la formation du caillot en ralentissant le cours du sang en ce point, et en y créant un « locus minoris resistantiæ » ; mais qui oserait affirmer que la thrombose se serait produite sans l'intervention des microbes charriés par le sang? De même, peut-être cette compression a-t-elle été dans certains cas, la cause préparatrice mais *sine qua non*, de la pyléphlébite. Dans la forme suppurée au contraire, pas n'est besoin de ralentissement dans le cours du sang, les microbes ont une virulence suffisante ; on voit donc combien les intermédiaires entre les deux sortes de pyléphlébite, doivent être nombreux. — Une des observations que nous citons, celle de M. Legg (obs. 13), est celle qui nous rappelle le plus le tableau de la forme adhésive.

Nous y trouvons certains signes de stase dans les racines de la veine porte : œdème du ventre et des jambes ; épanchement abdominal peu abondant et séro-purulent, hémorrhoïdes ; nous voyons aussi que les urines, non albumineuses, étaient rares. — Le malade meurt subitement sans avoir jamais présenté le syndrome toxique que Schiff, Cl. Bernard,

G. H. Roger ont observé dans les expériences de ligature de la veine porte. L'observation de M. Achard (obs. 14) nous rappelle quelques-uns de ces symptômes et nous donne une sorte d'ébauche du complexus observé ; mais les conditions d'observations sont différentes, car en clinique l'oblitération se fait avec une certaine lenteur au lieu d'être brusque comme dans la ligature expérimentale : cela suffit à expliquer que le tableau ne soit pas complet.

Dans le cas dont nous parlons, nous voyons de la prostration, de la somnolence et de l'hypothermie terminale. Dans la pyléphlébite suppurative, on a des accidents beaucoup plus bruyants et caractéristiques de la virulence de l'infection.

Les symptômes d'invasion sont constitués par la douleur et la fièvre. Dans certains cas, cette douleur spontanée et exagérée par la pression, peut être d'une violence extrême (obs. 12). Elle siège généralement à l'épigastre et dans l'hypochondre droit et s'irradie bientôt dans tout l'abdomen.

La fièvre est d'intensité variable et généralement caractérisée par des frissons intermittents ; elle peut atteindre 40° à 41°.

Les vomissements sont fréquents ainsi que la diarrhée.

L'état s'aggrave rapidement, et le malade ne tarde pas à succomber.

Au point de vue anatomo-pathologique, on trouve généralement un épanchement abdominal parfois assez abondant, plus ou moins purulent, avec des signes de péritonite.

Le volume de la veine porte, est sensiblement plus considérable que normalement, ses parois sont épaissies, leur face interne est d'un gris sale, rosé, parcourue de vascularisations. Le caillot siège souvent au point où la veine porte se bifur-

que en deux branches hépatiques, ou encore là où les racines se réunissent pour former le tronc. On le voit fréquemment se prolonger d'un côté dans les ramifications hépatiques, d'un autre côté dans les veines afférentes ; il est tantôt rouge, tantôt blanchâtre. Quelquefois on trouve dans les vaisseaux portes une matière puriforme, liquide et rougeâtre ; parfois du véritable pus verdâtre.

L'examen bactériologique, je ne l'ai trouvé fait que dans l'observation de M. Achard. Cet auteur a trouvé stérile le sang pris dans le cœur de son malade 14 heures après la mort. Le microscope lui a montré dans le pus des veines portes de très nombreux bacilles ayant assez bien l'apparence des coli bacilles et en outre, de longs filaments moins facilement colorés par le bleu alcalin. Le sang et le pus des vaisseaux portes pris 37 heures après la mort, a fourni des cultures de bacilles de la putréfaction.

b) Abcès du foie. — C'est par cette voie également que doivent se produire certains abcès du foie. L'infection pourra se faire de deux façons : ou bien la veine porte, atteinte de phlébite suppurative, détermine autour d'elle un foyer purulent intra-hépatique ; ou bien la veine charrie des micro-organismes qui ne trouvant pas sur ses parois de point favorable pour s'y greffer, les traversent et viennent dans un endroit de moindre résistance, par exemple une métastase cancéreuse, déterminer un foyer de suppuration. D'ailleurs, certainement ces mécanismes se mélangent souvent avec l'infection lymphatique pour déterminer des suppurations intra-hépatiques.

M. Achard (1) cite une observation d'abcès cancéreux du

(1) Achard, Cancer stomacal, forme pyohémique, fistule ombilicale, abcès cancéreux du foie. *Med. Mod.*, 1894, p. 1233.

foie. Le pus, ensemencé, ne cultivait pas, mais examiné au microscope, on y voyait des microcoques. Le liquide qui suintait à la surface du foie ensemencé, donne des cultures analogues à celles du bacterium coli, mais non virulentes. Comme on ne trouvait ce microbe qu'à la surface du foie, l'auteur en conclut que sa présence pourrait être due à une infection post mortem.

2° **Circulation générale.** — Quand les micro-organismes ont pénétré dans la circulation générale soit en franchissant les capillaires portes, soit par une autre voie, ils peuvent occasionner des accidents comparables en tous points à ceux de l'infection puerpérale. Ces localisations microbiennes peuvent se faire partout et sont innombrables ; nous étudierons simplement les principales, celles qu'on rencontre avec le plus de fréquence.

A. Cœur. — La greffe microbienne se fait assez souvent sur l'endocarde. Elle est signalée depuis longtemps.

Martineau a insisté sur son existence, et dans presque toutes les monographies sur l'endocardite, on trouve son opinion reproduite.

Chez les cachectiques, on rencontre surtout la forme végétante, mais dans ces endocardites aiguës comme dans toutes les autres, la zone où se fixe le petit bloc fibrineux ne représente que le point de l'endocarde le plus atteint par l'infection. En effet, autour de la végétation, il existe une collerette qui double et même triple l'étendue réelle de l'endocardite. Cette collerette n'est visible qu'au microscope, mais il ne faut pas la négliger si on veut avoir une idée exacte de l'étendue de séreuse atteinte par l'infection.

C'est surtout dans le cœur gauche qu'on observe les endo-

cardites; d'après M. Lion (1), la cause à invoquer pour expliquer cette localisation est la suivante : les microbes pathogènes de cette lésion sont des aérobies ou tout au moins des micro-organismes qui s'accommodent mal de la vie d'anaérobie, d'où la possibilité de la lésion du cœur droit, mais la bien plus grande fréquence de celle du cœur gauche.

Dans les observations que nous avons rencontrées, publiées sur ce sujet, nous n'avons pas trouvé d'examen bactériologique. Nous y voyons que les valvules sigmoïdes sont atteintes aussi souvent que la mitrale, ce qui semble contraire à ce qu'on voit habituellement, où la mitrale et même spécialement sa valve interne est plus fréquemment atteinte.

Le myocarde est généralement touché lui aussi, nous le voyons dans la plupart des observations, pâle, dégénéré, feuille morte ; même dans l'observation 17, nous voyons qu'il s'est formé dans l'épaisseur du muscle, un abcès du volume d'un œuf de pigeon.

Les signes peuvent passer quelquefois inaperçus et constituer une trouvaille d'amphithéâtre (obs. 18). Cependant dans certains cas, des embolies se produisent et quand on n'en trouve nulle part la cause et qu'au cœur on trouve des battements un peu sourds, mal frappés, des souffles et des piaulements plus ou moins inconstants, on a le droit de songer à l'endocardite (obs. 15). La coexistence fréquente d'un phlegmatia fera mettre souvent les embolies sur le compte de cette affection et même peut-être souvent à juste titre (obs. 17). Enfin il est indiscutable que ces accidents sont généralement graves, précèdent la mort de peu et hâtent sa

(1) Lion, Th. Paris, 1890.

venue. M. Giraudeau (1) dit qu'il est étonnant que phlegmatia et endocardite aiguë ne coïncident pas plus souvent chez les cancéreux de l'estomac ; en effet, le mécanisme de production est identique. Dans les deux cas, il s'agit d'une infection dont les facteurs charriés par le sang se fixent tantôt sur la paroi interne des veines, tantôt sur l'endocarde, tantôt sur les deux. Dans le premier cas, il y a *endophlébite* ou *valvulite veineuse* ; dans le deuxième, il y a *endocardite* ou *valvulite cardiaque*. Le processus est identique, seule la localisation diffère.

Enfin disons, qu'en même temps que l'endocardite on rencontre fréquemment de la péricardite récente, sèche ou avec épanchement. Les nombreuses communications lymphatiques qui, à travers le myocarde, se font entre l'endocarde et le péricarde, peuvent expliquer que souvent l'une soit consécutive à l'autre ; mais souvent aussi elles sont contemporaines. L'infection a frappé isolément le péricarde et l'endocarde.

B. Poumon. — Le poumon est un des points où les accidents se localisent le plus souvent. D'ailleurs cet organe est un des plus souvent atteints au cours des infections en général. Ces complications sont connues depuis longtemps. Lebert, dans son *Traité des maladies cancéreuses,* constate 24 fois sur 57 des accidents pleuro-pulmonaires au cours de la néoplasie stomacale.

Brinton (*Traité des maladies de l'estomac*, traduit par Riant, 1870) insiste sur ces faits.

Luton, dans le nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, note seulement qu'elles ne sont pas rares.

(1) Giraudeau, L'endocardie aiguë chez les cachectiques. *Semaine médicale*, 10 octobre 1894, p. 448.

Pierre (1) a étudié les complications non cancéreuses de l'appareil pulmonaire dans le cancer de l'estomac et pour les expliquer invoque un mécanisme bien compliqué, quand l'idée d'infection rend tout si simple. Sur 143 observations qu'il réunit, il relève 68 fois des complications et Garcin (2) sur 222 cas trouve des accidents pleuro-pulmonaires 35 fois seulement. Cette différence tient à ce que M. Pierre, dans sa statistique, fait entrer même des bronchites insignifiantes et non fébriles.

Les phénomènes infectieux peuvent se traduire dans le poumon par différents accidents ; nous ne parlerons pas des manifestations pleurales souvent contemporaines et reconnaissant fréquemment le même processus que pour le poumon. Forcément nos divisions sont arbitraires et tel organe qui est habituellement frappé de telle façon est souvent atteint d'une autre. Nous avons considéré la voie lymphatique comme celle la plus fréquemment suivie par l'infection pour la plèvre ; ce n'est pas toujours vrai.

Dans le poumon, les infections peuvent déterminer de la pneumonie, de la broncho-pneumonie, des abcès pulmonaires, de la gangrène pulmonaire.

Toutes ces formes de l'infection ont une marche, une évolution analogue due à ce que la cachexie d'une part, l'état infectieux d'autre part, les dominent. Elles sont peu bruyantes ou leurs symptômes disparaissent au milieu d'autres aussi alarmants. C'est ainsi que nous voyons (obs. 4) des foyers de broncho-pneumonie dans les poumons d'un homme qui avait en même temps du pus dans ses articulations et chez

(1) Pierre, Th. Paris, 1890.
(2) Garcin, Th. Lyon, 1893.

qui rien n'avait plus spécialement attiré l'attention du côté des organes respiratoires. Le pus de sa broncho-pneumonie, de même que celui des articulations, renfermait du streptocoque.

Dans un autre cas, une pleurésie purulente est consécutive ou contemporaine d'une gangrène pulmonaire qui ne se traduisait par aucun signe, il se forme un pyo-pneumothorax communiquant avec l'estomac par l'intermédiaire du foyer gangréneux, et la mort survient, tout cela, sans le moindre accès de fièvre avec peu de douleur et peu de dyspnée. Chez un autre malade (obs. 16) dont la cachexie est extrêmement avancée, nous voyons s'établir une pneumonie sans un frisson, sans point de côté, mais seulement avec de la toux et une dyspnée légère au début. En 3 jours le malade est enlevé et on trouve de l'hépatisation grise.

C. Veines. — Les affections des veines au cours du cancer de l'estomac sont connues depuis longtemps. La phlegmatia alba dolens qui en est la manifestation la plus fréquente avait attiré l'attention des observateurs. Trousseau, on le sait, avait érigé cet accident en signe de grande probabilité en faveur du cancer, quand en même temps que cette complication, existaient des troubles dyspeptiques vagues.

La phlegmatia alba dolens constitue un type clinique trop connu pour que nous insistions sur ses caractères ; disons seulement que dans la grande majorité des cas, elle siège aux membres inférieurs, qu'elle est le résultat d'une thrombose des grosses veines et que son caillot se forme souvent à la racine du membre. Les veines du mollet sont le siège de prédilection de la phlébite des cancéreux. Ses caractères sont un œdème blanc avec dilatation quelquefois apparente des veines

superficielles par où se fait une circulation collatérale. Cet œdème ne fait pas le godet sous le doigt, et est très douloureux. La phlegmatia alba dolens est un type qui ne répond plus à rien de bien déterminé en ce sens que c'est une phlébite qu'on rencontre aussi bien dans les cachexies (cancer, tuberculose, etc.) que dans des accidents septiques aigus ou subaigus (fièvre puerpérale ; phlegmatia des nouvelles accouchées). En somme on pourrait définir la phlegmatia alba dolens, en disant que c'est une phlébite qui frappe les grosses veines d'un membre, en général près de sa racine, et que ce membre est le plus habituellement un des membres inférieurs.

A quoi est due cette phlébite ? Nous ne passerons pas en revue les polémiques célèbres sur cette question, qui est dominée par les noms de Cruveilhier et Virchow. Actuellement il semble prouvé par les travaux de Weigert, Dunin, Cornil et Babes, F. Widal, Vaquez, que la phlébite est antérieure à la thrombose. D'autre part les recherches bactériologiques et les expériences de ces auteurs et particulièrement de M. Vaquez ont fortement battu en brèche la théorie marastique. Dans ses expériences, M. Vaquez a ralenti le cours du sang sans jamais provoquer de thrombose. Il lui a toujours fallu la présence d'un microbe pour faire une phlébite. En outre les examens bactériologiques ont souvent permis de constater la présence de divers agents pyogènes dans les parois de veines atteintes de phlébite dite cachectique. Il semble donc bien que les thromboses chez les cancéreux doivent être classées parmi les accidents septiques de l'ulcération néoplasique.

D'ailleurs souvent leur évolution même l'indique et à cet égard l'observation (17) publiée par M. Kelsch est des plus intéressantes. Ici on ne saurait invoquer la cachexie ; le malade

était affaibli, mais nullement cachectique ; par poussées il a des phlébites multiples tantôt dans une jambe, tantôt dans les deux. Les membres supérieurs n'échappent pas à l'infection dont chaque invasion nouvelle est accompagnée de fièvre. Puis il commence à se faire des embolies dans les poumons, dans le cerveau et le malade meurt dans un état typhoïde.

Comme on le voit dans cette observation, on peut rencontrer des thromboses dans les membres supérieurs ; on peut aussi en rencontrer dans l'artère pulmonaire et MM. Homolle (1) et Huchard (2) en ont cité des observations. La veine cave inférieure peut être atteinte également ; en un mot, il n'y a aucun point du système circulatoire où l'infection partie de l'estomac ne puisse déterminer des accidents.

Les phlébites des cancéreux sont assurément plus fréquentes qu'on ne le croit, parce que, comme l'a montré M. Vaquez, on attend pour faire le diagnostic que l'oblitération soit complète. Cet auteur distingue deux périodes dans la phlébite : la période *préoblitérante* et la période *oblitérante*. Lorsque chez un cancéreux on voit se produire de la fièvre que rien n'explique et lorsqu'en même temps le malade se plaint de douleurs plus ou moins localisées dans les membres inférieurs ; lorsqu'enfin il apparaît un œdème unilatéral, quelquefois fugace, qui envahit lentement le membre de bas en haut, on a le droit de supposer, et le plus souvent à juste titre, qu'il s'agit d'accidents de phlébite. Souvent quand l'oblitération est faite, la fièvre est tombée et c'est pendant la période préoblitérante qu'il eût fallu la surprendre.

D. Localisations diverses. — Nous avons cherché à met-

(1) Homolle, *Soc. anat.*, 1874, p. 804.
(2) Huchard, *Union méd.*, 1879, p. 119.

tre en relief les accidents les plus fréquents, les plus constants qu'on rencontre quand le cancer gastrique sert de porte d'entrée aux microbes. A côté de ceux-là il en existe d'autres non moins intéressants mais plus rares dont nous avons trouvé quelques observations ; ce sont des accidents qui rappellent absolument les manifestations des grandes infections. Abcès du cerveau (1), méningite suppurée (obs. 18), arthrites suppurées (obs. 4 et 19) ; nous ne chercherons pas à les décrire car leurs symptômes n'ont rien de particulier ; nous ne pouvons que signaler leur existence.

Enfin un fait nous a frappé. En cherchant des faits d'infection dans le cancer gastrique, nous n'en avons trouvé aucun relatif au rein ; nous n'avons même qu'exceptionnellement trouvé de l'albumine dans l'urine des malades ; c'est là un fait bien surprenant et qui demanderait à être vérifié, car il est invraisemblable que le rein ne paye pas son tribut à ces infections, lui qui est presque toujours touché habituellement.

§ 3. — La fièvre dans le cancer de l'estomac.

La diathèse cancéreuse, par elle-même, peut-elle amener de la fièvre ?

Les avis sont partagés.

Les uns disent non ou doutent de son existence (Luton, Leube, Wunderlich, Woodman). Thaon en 1876 dit (2) :

« La malignité du cancer s'exerce sans fièvre aucune » et plus loin :

(1) Doyen, *Soc. anat.*, 1884, p. 181.
(2) *Nice médical*, 1876.

« Le cancer le plus avancé ne donne pas lieu à la fièvre hectique véritable. Pendant qu'on voit le pouls s'élever à 120 ou 150 pulsations, la température reste normale. Cette opposition entre les deux principaux signes de la fièvre est même si fréquente, que nous sommes tentés d'en faire un des caractères du cancer arrivé à une période avancée ».

Les autres disent oui. D'après Brinton: « Les symptômes fébriles accompagnent le cancer de l'estomac bien plus souvent qu'on ne le suppose généralement. Hénocque dit : Dans le cancer ulcéré il peut survenir des accès fébriles dont la marche rappelle celle de l'infection putride ». Enfin A. Mathieu croit que la fièvre peut se rencontrer dans le cancer en dehors de toute maladie intercurrente et de toute généralisation.

La question délicate n'est pas de savoir si on peut observer de la fièvre au cours du cancer gastrique ; la question est toute tranchée par l'affirmative. Ce qui est plus difficile c'est de savoir à quoi on doit rattacher cette fièvre. Certains auteurs, Hampeln, Devic et Chatin etc., admettent qu'il existe une fièvre essentielle rappelant la fièvre palustre et à l'appui de leur opinion ils rapportent des observations. Malheureusement ces observations ne nous paraissent pas concluantes, car elles ne prouvent pas que la fièvre soit forcément essentielle. En effet, par exemple dans l'observation de MM. Devic et Chatin que nous rapportons (obs. 20), il ne nous semble pas qu'on puisse en tirer une conclusion nécessaire, favorable à leur opinion. Il eût été curieux de savoir si de l'antisepsie de l'estomac n'aurait pas amené une chute de la température. Si on peut admettre comme possible que la tumeur développe des produits toxiques et parmi ces toxines qu'il en soit de pyrétogènes, il est tout aussi vraisemblable d'y opposer l'idée

suivante : dans un estomac où, nous le savons, les microbes pullulent, où il y a une porte d'entrée toute constituée par l'ulcération, il y a des germes qui pénètrent dans la circulation et déterminent de la fièvre comme dans toute infection.

Nous voyons à chaque instant dans la pathologie de la fièvre ainsi produite, pourquoi ne pas accepter pour l'estomac ce que nous savons être vrai ailleurs ?

En somme nous concluons, et c'est d'ailleurs l'avis qu'exprime aussi M. Achard dans sa communication à la Société des hôpitaux (26 juillet 1895), qu'il est bien difficile d'admettre l'existence de cette fièvre essentielle et que quelle que soit sa forme ou son intensité, on n'a pas le droit d'écarter complètement l'idée d'infection.

Cachexie et infection.

Nous avons vu dans la plupart de nos observations que les accidents infectieux précédaient de peu de temps la mort qui arrivait au milieu de la cachexie la plus profonde. Souvent d'autre part l'état du malade au début de ces complications, n'était pas tel qu'on puisse prévoir qu'en si peu de temps, il arriverait à un semblable état de déchéance organique. Il est donc évident que les progrès de la cachexie sont considérablement hâtés par les infections intercurrentes. Si d'autre part on songe à ces faits de faux cancer comme nous en citons deux exemples (obs. 21, 22) où on voit apparaître, en l'absence de tumeurs malignes, des signes rappelant avec assez d'exactitude ce qu'on désigne sous le nom de cachexie cancéreuse, on a le droit de se demander si l'infection n'est pas un facteur important dans la production de cette cachexie.

Certains faits sembleraient autoriser cette façon de voir. D'abord l'ignorance où l'on est des éléments qui constituent la cachexie cancéreuse. On sait bien qu'il y a des modifications qui surviennent dans la composition du sang, et dans les matières extractives de l'urine, etc...

On sait en outre que certains cancers ne s'accompagnent que d'une cachexie tardive et que quelquefois un cancer latent peut évoluer sans que cet état spécial de déchéance organique puisse faire supposer la présence d'un néoplasme. C'est à l'autopsie qu'on le découvre sans l'avoir soupçonné du vivant du malade.

Ces quelques considérations nous permettent de dire que nous ne savons pas exactement ce qu'est la cachexie cancéreuse et que des tumeurs malignes peuvent n'en être pas accompagnées.

Voyons maintenant les cachexies qui surviennent en dehors du cancer. L'observation 22 est bien remarquable ; rien pour ainsi dire ne manque au tableau ; teint cireux, jaunâtre, décoloration des muqueuses, anorexie, aggravation constante de l'état général, phlegmatia alba dolens. Tous ces accidents paraissent avoir été consécutifs à des cautérisations répétées à la teinture d'iode faites par une sage-femme. L'évolution des accidents doit faire supposer que ces manœuvres avaient infecté une tumeur bénigne et été la cause première de tous ces accidents.

Dans l'observation 21 les faits sont également très curieux ; il s'agit d'une malade qui a 54 ans, qui ne se sent affaiblie que depuis 7 mois ; elle a de l'anorexie et un amaigrissement rapide. Son teint est jaunâtre, la peau sèche et ridée, la voix est éteinte et elle présente de l'adénopathie sus-claviculaire. On fait le diagnostic de cancer et l'autopsie montre qu'il n'y a nulle part la moindre tumeur maligne, mais qu'il s'agit d'une tuberculeuse.

Tous ces faits juxtaposés semblent bien montrer que l'infection, même seule, peut provoquer un état si voisin de la cachexie cancéreuse, qu'on les confond au point de prendre l'un pour l'autre.

Il nous semble donc qu'on peut supposer que l'infection est un facteur important de la cachexie cancéreuse, et par suite, que par ce mécanisme, elle peut hâter singulièrement la terminaison fatale. De là découle l'importance que peut avoir le traitement de ces accidents.

Traitement.

La première chose à laquelle le médecin doit songer quand il voit que les accidents infectieux sont d'origine gastrique, c'est faire de l'asepsie ou de l'antisepsie de l'estomac.

Le *lavage de l'estomac* répond à la première de ces indications, mais il présente certains inconvénients. D'abord il expose à l'hémorrhagie si le néoplasme est vasculaire, friable ; ensuite, si on le répète fréquemment, il fatigue les forces du malade et hâte l'amaigrissement. Enfin il faut toujours songer à la possibilité d'une fausse route.

L'*antisepsie de l'estomac* serait un idéal malheureusement difficile à atteindre. On pourra l'essayer en donnant au malade des antiseptiques tels que l'acide chlorhydrique, le naphtol, le salol, etc., et aussi en cherchant par l'alimentation lactée à diminuer le plus possible le nombre des microbes qui pénètrent dans l'estomac.

Dans certains cas l'intervention chirurgicale pourra peut-être améliorer le malade, soit en réséquant l'ulcération qui sert de porte d'entrée, soit en supprimant l'obstacle pylorique et par suite les causes de la dilatation et de la stase stomacale.

Enfin il ne faudra pas négliger de soutenir les forces du malade ; les lavements nutritifs et les toniques de toutes sortes seront indiqués à condition toutefois de ménager l'estomac.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Un cas de gastrite phlegmoneuse diffuse dans le cours d'un cancer de l'estomac* (résumée) (1).

Le 27 janvier 1890, il entra dans notre service un malade âgé de 33 ans, se plaignant de vomissements, de douleurs violentes du ventre et d'une grande faiblesse.

La maladie paraît dater de 2 ans.

En janvier 1888, le malade fut déjà soigné à l'hôpital, pour de l'anorexie, des vomissements et un état cachectique. Au bout de 6 semaines il quitta l'hôpital très amélioré et reprit ses occupations pendant quelques mois.

Le 1er février suivant, il revint encore à l'hôpital ; très faible, très anémié, avec des douleurs dans le ventre dont le palper était très douloureux. Successivement, on crut qu'il s'agissait, d'un cancer de l'estomac, d'un ulcère et enfin de cardialgie due à une intoxication professionnelle par l'arsenic. Au bout de 2 mois, il sort de la clinique en bien meilleur état ; mais peu de temps après, il devient incapable de tout travail et c'est ce qui nous le ramène.

27 *janvier* 1890. — Anémie et amaigrissement considérable (112 livres), léger œdème de tout le corps ; pouls filiforme, pas de fièvre, rien au poumon ni au cœur ; foie et rate gros ; région épigastrique très sensible, aucune tumeur appréciable. Le bord inférieur de l'estomac descend à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ascite modérée ; ni sucre ni albumine.

29. — Traces d'HCl libre dans les vomissements.

31. — Cinq heures après un repas d'épreuve on retire 600 centimè-

(1) Mintz, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 91-92, p. 487.

res cubes du contenu stomacal. Pas trace d'HCl libre, par contre beaucoup d'acide lactique. La réaction du biuret est positive. Le suc gastrique filtré ne digère pas la fibrine en 24 heures à l'étuve. Au microscope champignons de levure ; sarcines.

5 *février*. — On retire à peine 100 centimètres cubes de liquide d'une odeur repoussante sans HCl libre. Sarcines.

21. — L'estomac à jeun contient une matière noire. On y trouve avec le microscope des globules de pus et de sang, des sarcines, des champignons de levure et des bacilles.

7 *mars*. — L'état s'aggrave, des dévoiements épuisent le malade. Le contenu gastrique renferme des leucocytes et des globules rouges.

12. — Douleurs tranchantes ; ballonnement du ventre ; tympanisme masquant la matité hépatique, pouls filiforme, pas de vomissements. Température le matin, 37°5, mort le lendemain.

Diagnostic de la clinique. — Carcinome consécutif à un ulcère ; péritonite.

Autopsie. — On trouve dans le péritoine 1/2 litre de liquide séro-fibrineux, pas de dilatation gastrique. Adhérence du fond de l'estomac au diaphragme ; la petite courbure regarde en bas. Les parois ont 1 centimètre d'épaisseur ; à leur section il s'écoule du pus. A la pression on fait couler du pus par de petits et nombreux orifices. Au niveau de la grande courbure, à un travers de doigt du pylore existe une vaste ulcération carcinomateuse avec un bourrelet épaissi.

Diagnostic de l'autopsie. — Carcinome du ventricule ; gastrite phlegmoneuse diffuse ; péritonite.

Examen microscopique. — Les altérations sont surtout marquées à la muqueuse et à la sous-muqueuse. On voit de nombreux petits foyers, formés par des globules de pus, et séparés par des fibres musculaires. Ces foyers sont distincts et ne communiquent pas entre eux. Dans la muqueuse, on trouve par endroit des traînées de pus allant jusqu'à sa superficie. Cette muqueuse tout entière est infiltrée par des cellules lymphoïdes, seulement on ne peut pas dire si cette infiltration dépend de la suppuration, ou n'est pas plutôt provoquée par l'état catarrhal ancien.

Ce qui semble le prouver, c'est que dans ces infiltrations on ne trouve

pas de micro-organismes. La suppuration ne tend pas vers la musculeuse et ce n'est que par ci par là, entre les fibres musculaires qu'on voit de petites traînées de cellules de pus.

Bactériologie. — L'examen bactériologique révèle la présence de nombreux streptocoques dans les foyers de pus mentionnés plus haut. Ils sont nombreux surtout à la périphérie, et diminuent vers le centre ; situés en dehors des cellules on n'en voit point dans l'intérieur de celles-ci. Ils ressemblent aux streptocoques du pus, mais on n'a pas fait de cultures.

L'auteur cite aussi le cas de Gläser.

Obs. II. — *Cancer de l'estomac. — Gastrite phlegmoneuse diffuse. — Péritonite* (1) (résumée).

Le malade est un cocher, âgé de 70 ans. Il se plaint de douleurs violentes dans le creux de l'estomac ; il a la fièvre, il vomit et enfin meurt dans le coma.

Autopsie. — On trouve un épanchement fibrino-purulent dans le petit bassin ; les parois stomacales tout entières sont infiltrées de pus, jusqu'au pylore ; à quelques centimètres du cardia, sur la petite courbure, on voit un cancer non ulcéré (?).

Obs. III. — *Péritonite adhésive et perforation de la paroi antérieure de l'estomac.—Phlegmon gangreneux et fistule gastro-cutanée* (2) (résumée).

Mme... âgée de 70 ans, entre à l'hôpital le 9 septembre 1895. On ne relève rien de spécial dans ses antécédents, si ce n'est deux ans auparavant des coliques hépatiques.

Depuis six mois, elle se plaint du côté gauche, mais n'a pas cessé de travailler. Elle continue d'ailleurs à bien manger et ne maigrit pas. En septembre, elle a eu des douleurs très vives, pongitives, au creux épigastrique accompagnées de vomissements porracés, et de fièvre. Au palper, on sent une énorme induration semblant siéger au niveau de la paroi antérieure de l'estomac ; cette induration est uniforme, sans saillies ni dépressions ; ni œdème ni changement de coloration de la peau.

(1) Glaser, *Berliner klin. Wochenschr.*, n° 51, 1883.

(2) Vilcoq (de Soissons), Lancry (Vailly-sur-Aisne), *Gaz. hebd.*, 9 fév. 1896.

Au centre, se trouve le maximum de la douleur, considérable à la moindre pression ; le foie semble de volume normal. On pose le diagnostic de néoplasme avec poussée de péritonite localisée.

Le soir de son entrée à l'hôpital la température est de 37° 9. La malade qui se plaint de douleurs très vives n'a pas de mélæna mais des vomissements verts. La nuit du 10 au 11 septembre est mauvaise, frissons : la température à 8 heures du soir a été de 39° 5.

Le 11 au matin. Etat général mauvais, température 39°. Vomissements, rougeur diffuse phlegmoneuse de la peau. La douleur empêche de rechercher la fluctuation.

Le 12 la peau est soulevée et la température oscille autour de 39° 9.

Les jours suivants on trouve un point ramolli au niveau duquel la pression est moins douloureuse et fait percevoir du gargouillement et du bruit hydro-aérique. Il se produit une perforation par où s'écoulent du pus et des gaz fétides ainsi que des débris de tissu cellulaire sphacélé exhalant une odeur fécaloïde. — Il se produit une légère détente, suivie d'un état stationnaire.

Mort le 21 septembre.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve une poche du volume du poing, anfractueuse, qui communique par un long diverticule avec une perforation de l'estomac siégeant à égale distance de la grande et de la petite courbure.

Dans cette observation l'orifice extérieur de la fistule siégeait à une grande distance de l'ombilic, à 2 ou 3 centimètres du bord inférieur des fausses côtes gauches, à l'union de la paroi antérieure et de la paroi latérale de l'abdomen. La perforation avait été précédée de péritonite adhésive ; à noter la fétidité du pus et des liquides de la fistule malgré l'intégrité de l'intestin.

Obs. IV. — *Cancer de l'estomac, avec abcès pré-stomacal, arthrites suppurées et foyers de broncho-pneumonie, dus au streptocoque,* due à la bienveillance de M. le Dr Jules Renault (inédite).

D...., âgé de 63 ans, cantonnier, entre le 19 mai 1890 à l'hôpital Lariboisière, salle Barth, lit n° 13.

Rien à signaler dans ses antécédents. A l'âge de 17 ans il a eu une pneumonie et depuis s'est toujours bien porté.

Il y a deux mois environ, son appétit a diminué, les digestions sont devenues difficiles et douloureuses. Pas de vomissements ; à la même époque, il commence à ressentir à la région épigastrique une douleur sourde, continue, exagérée par la pression et par l'ingestion d'aliments. A la palpation, le malade a nettement constaté lui-même une tumeur dure, assez volumineuse, douloureuse à la pression. Cette tumeur a augmenté lentement de volume ; en même temps, les digestions devenaient de plus en plus difficiles, l'appétit disparaissait et le malade maigrissait. Il y a 15 jours, il a eu du mélæna.

Il est très faible, très maigre, avec une teinte jaune paille manifeste. La palpation permet de sentir à la région épigastrique une tumeur dure, douloureuse, non fluctuante et superficielle. Cette tumeur étendue de 7 à 8 centimètres dans le sens vertical, de 5 à 6 dans le sens transversal, présente deux bosselures, l'une sur la ligne médiane, l'autre au niveau du grand droit de l'abdomen et près de la région ombilicale. On ne perçoit pas de bruit de clapotage.

La tumeur étant très superficielle presque sous la peau, on fait une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz et on retire un liquide sanieux. On fait le diagnostic de cancer de l'estomac avec abcès situé au-devant.

Le malade reste deux mois dans le service, son état général s'aggrave de plus en plus, la cachexie apparaît, et avec elle, l'œdème des membres inférieurs.

Le 10 juillet, D... a un frisson assez violent, une dyspnée assez grande, et se plaint d'une douleur vive au genou droit ; la température est de 39° 5 ; aux bases des poumons, on trouve de nombreux râles sous-crépitants fins ; le genou est tuméfié, douloureux et contient un épanchement abondant.

Les symptômes vont s'aggravant et D... meurt le 19 juillet.

Autopsie. — A l'autopsie, un cancer occupant toute l'étendue des parois stomacales. L'estomac est revenu sur lui-même et réduit presque à un simple conduit. Par la face antérieure perforée, sa cavité communique avec une masse cancéreuse, anfractueuse, qui s'étale à la face

postérieure de la paroi abdominale et contient un liquide sanieux.

Le genou droit contient une grande quantité de pus.

Les deux poumons présentent de nombreux foyers de broncho-pneumonie dont plusieurs petits abcès de la grosseur d'une noisette.

L'examen microscopique et les cultures sur agar-agar et gélatine montrèrent que des noyaux de broncho-pneumonie contenaient du streptocoque pyogène, ainsi que le pus de l'abcès et des arthrites.

Obs. V. — *Péritonite avec ascite. — Cancer du pylore* (1) (résumée).

Il s'agit d'une malade atteinte de cancer stomacal avec ascite ponctionnée à deux reprises. Le liquide retiré est séro-purulent.

Autopsie. — Cancer du pylore : les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes péritonitiques.

On ne trouve aucune autre lésion pas plus qu'aucune trace de perforation.

Examen bactériologique du liquide ascitique ponctionné pendant la vie ; — *Ensemencement sur gélose.* — 1° Quelques staphylocoques blancs.

2° Nombreuses colonies punctiformes d'un blanc grisâtre de 0 mm. 5 au plus de diamètre.

Repiquées sur gélose, ces petites colonies punctiformes donnent une strie de 2 millimètres de large, peu saillante et bordée de petites colonies qui en frangent les bords. Développement complet en 24 ou 36 heures, à 37°.

L'ascite de ponction, le bouillon, et les colonies sur gélose révèlent par les colorants la même bactérie.

C'est un bâtonnet trapu, 5 fois plus long que large, droit, polymorphe, parfois segmenté en deux. Il se colore bien par le violet de gentiane et prend le Gram.

Dans la préparation du liquide ascitique la bactérie est extrêmement abondante. On ne trouve aucun autre micro-organisme, ni streptocoque, ni staphylocoque.

De la culture injectée à des lapins ne produit aucun accident, même à haute dose.

(1) Hanot, Des suppurations dans le cancer. *Presse médicale*, 1895, page 82.

Obs. VI. — *Le diplocoque de la pneumonie comme cause de la péritonite primitive aiguë. — Carcinome ulcéré de l'estomac* (résumée) (1).

Il s'agit d'un homme de 33 ans, reçu à l'hôpital de Rudolf, il déclara qu'il avait maigri progressivement depuis 2 ans.

Objectivement, on pouvait constater un léger œdème des extrémités inférieures et un peu d'épanchement dans les deux plèvres et dans le péritoine. Pas d'albumine dans les urines.

Subjectivement, le malade se plaignait d'une sensation de pression dans le creux de l'estomac, sans que ni la palpation ni la percussion n'y puisse révéler la moindre modification. D'après les commémoratifs, on songea à une tuberculose chronique des séreuses. Deux jours avant la mort un météorisme considérable survint, mais sans aucune élévation de température. Mort le 28 septembre.

Autopsie. — Dans les deux plèvres, on trouve environ 1/2 litre de sérosité fibrineuse qui comprimait la partie postérieure des poumons, mais aucune trace de pneumonie.

Dans les cavités abdominales et pelviennes on rencontre un exsudat séro-fibrineux de plusieurs litres, très riche en fibrine.

Enfin dans l'estomac existait un cancer empiétant sur le lobe gauche du foie et en outre un noyau secondaire dans le lobe droit. Aucune lésion dans les autres organes.

Diagnostic de l'autopsie. — Péritonite aiguë primitive, pleurésie double, cancer ulcéré de l'estomac avec noyau secondaire dans le foie.

Dans l'exsudat pleurétique on trouve, par les recherches microscopiques, une assez grande quantité de cocci en chaînette qui, d'après leurs caractères, en imposeraient pour des streptocoques ordinaires. Mais en les colorant on pouvait voir que presque tous, ils étaient entourés d'une capsule colorée, semblant indiquer qu'il s'agissait de diplocoques de la pneumonie, ce que démontrèrent d'ailleurs les recherches postérieures.

Dans le liquide péritonéal, on trouve après des recherches (culture

(1) Weichselbaum, *Central. Blatt. f. Bacter.*, 1889, p. 33.

sur agar.. etc.), des micro-organismes qui sont également des diplocoques de la pneumonie.

L'auteur conclut en s'appuyant sur certains caractères (purulence, quantité plus considérable de fibrine etc.) que la péritonite devait être primitive.

Obs. VII. — *De la forme pleurale du cancer de l'estomac.— Valeur diagnostique de l'examen microscopique de ces épanchements* (1) (résumée).

G. J..., 56 ans, forgeron.

Antécédents peu intéressants ; a toujours eu un bon tempérament. Se plaint depuis longtemps de troubles digestifs variés. Il y a 2 mois, en pleine santé, le malade éprouva un point de côté à la base gauche du thorax en avant ; pas de phénomènes généraux. Le malade peut continuer son travail.

Il y a 15 jours, point de côté plus violent et accompagné de petits frissons et de céphalalgie légère. Entre à l'hôpital le 1er mai 1893.

1er *mai.* — Malade abattu et somnolent. Faiblesse considérable. Dyspnée peu accentuée. Teinte jaunâtre du visage, pas de cachexie véritable.

Submatité aux deux bases. Diminution du murmure vésiculaire à gauche ; râles crépitants, fins à droite.

A l'auscultation du cœur on entend un frottement doux diastolique entre les 3e et 4e espaces.

La palpation est un peu douloureuse à gauche au-dessous des fausses côtes ; foie et rate normales; traces d'albumine.

Après un amaigrissement très rapide et un subdelirium continu, le malade meurt le 23 mai.

Autopsie. — Liquide séreux un peu louche, sans fausses membranes, dans les deux plèvres ; 1 litre à droite, 1 litre 1/2 à gauche. Les bases des deux poumons sont un peu hépatisées. Rien dans les autres organes. Dans l'estomac, modérément dilaté, au niveau de la grosse tubérosité, vaste ulcération cancéreuse, dont le fond sanieux, fétide, est formé par la pulpe splénique. Pas d'épanchement dans le péritoine.

(1) Devic et Chatin, *Province méd.*, 28 juillet 1894, p. 349.

Obs. VIII. — *Cancer du cardia. — Mort par empyème et pneumothorax avec un épanchement séreux dans la même cavité pleurale* (1) (résumée).

W..., homme âgé de 61 ans. Bonne santé jusqu'à ces dernières semaines, époque à laquelle il eut des symptômes d'indigestion, manque d'appétit, vomissements etc., qui n'ont fait qu'augmenter jusqu'à ce jour.

6 *novembre* 1888. — Anorexie ; impossibilité d'avaler des aliments solides qui sont rendus, sans doute avant même qu'ils aient atteint l'estomac. Il n'a jamais vomi de sang, ni éprouvé de douleur à l'épigastre. L'examen ne révèle rien, ni dans la poitrine ni dans l'abdomen. Le lait passe bien. Tous ces symptômes font penser à un cancer.

25 *décembre*. — Il est pris d'une violente douleur dans le thorax, à droite, avec fièvre et toux. On entend des frottements autour de la pointe de l'omoplate. Neuf jours après nouvelle poussée, et les signes d'épanchement deviennent progressivement plus nets.

14 *janvier* 1889. — Matité à gauche, indiquant que la thoracentèse est nécessaire pour dégager le poumon atteint. La température, 101° à 102° Farenheit, l'absence d'exacerbations faisaient supposer que l'épanchement était séreux. Le soir même, au milieu de quintes de toux, vomique de pus, avec collapsus, anxiété et dyspnée. La poitrine qui tout à l'heure était mate est maintenant tympanique, tintement métallique ; l'état du malade empêche de rechercher la succussion.

18. — Avant d'ouvrir la plèvre, opération qui était considérée comme la dernière chance de salut, on fait une ponction et à notre grande surprise le liquide qui vient est séreux. Le malade ayant des tendances syncopales, on renonce à toute intervention et il meurt le 20 janvier.

Autopsie après 24 heures. — Cœur et péricarde normaux. Poumon droit congestionné, l'autre est normal, adhérences pleurales récentes à droite et à gauche. En arrière la cavité de l'empyème, de 4 pouces de diamètre environ, est à peu près au milieu de la cavité pleurale. Communication avec les bronches près de la racine du poumon. Pas de tuberculose.

(1) Stone, *Philadelphia Med. Times*, 1888-1889, avril, p. 440.

Au-dessous de cette cavité et séparé d'elle par une cloison, une autre cavité, limitée en dessous par le diaphragme, contient du liquide séreux, teinté de sang.

L'estomac dans sa situation normale, sans adhérences, est petit, bien que ses parois soient épaisses de même que celles de l'œsophage. Il ne semblait y avoir aucune connexion entre la maladie de l'estomac et la pleurésie. L'examen histologique a révélé qu'il s'agissait d'un cancer.

Obs. IX. — *Cancer villeux du cardia propagé au diaphragme et à la base du poumon gauche. — Pleurésie et péricardite suppurées. — Gangrène pulmonaire. — Fistule pleurogastrique. — Noyau de généralisation au foie* (résumée) (1).

J. D.., 60 ans, frappeur, entré le 13 octobre 1893, n'a pas d'antécédents héréditaires ; assez bonne santé antérieure ; pas d'habitudes alcooliques.

Il a commencé il y a 9 mois à souffrir de l'estomac, ne vomit pas, mais au moment de l'ingestion des aliments et au début de la digestion, il a une douleur vive à l'épigastre sans irradiations. Jamais de régurgitations ni de douleurs pendant la durée de la digestion.

Alternatives de diarrhée et de constipation. Deux mélæna dans la semaine qui a précédé son entrée à l'hôpital. Amaigrissement et affaiblissement très considérable, jamais de frissons, jamais de fièvre ; fréquemment œdème péri-malléolaire.

13 *octobre*. — A l'entrée, cachexie assez prononcée, teint jaune paille peu marqué, pas de fièvre. A l'épigastre, en dedans des fausses côtes gauches, tumeur lisse, arrondie ; un gros ganglion au-dessus de la clavicule et sous le sterno-mastoïdien gauche.

Voussure manifeste de la base du thorax à gauche sans œdème de la paroi ; matité, abolition des vibrations. Une ponction exploratrice ramène un liquide très trouble, fétide, avec des globules de pus. Le cœur paraît dévié. Dyspnée peu marquée. Rien dans les urines, toujours pas de fièvre.

17. — Dyspnée ; évacuation avec l'appareil Potain d'un litre de

(1) V. Chappet, *Lyon méd.*, 7 janv 1894, vol. 75, p. 8.

liquide fétide franchement purulent. Aucun signe de pyo-pneumothorax.

18. — Apparition d'un pyo-pneumothorax, toujours de l'apyrexie.

Mort dans la nuit du 19 au 20.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, écoulement de 500 grammes de pus. Gaz très fétides, exsudats sur la plèvre qui n'est pas cloisonnée. Aucun noyau de généralisation.

La sonde cannelée et le doigt introduits dans l'orifice du pneumothorax pénètrent à travers une sorte de cavité jusque dans l'estomac.

Cœur légèrement dévié ; quelques grammes de liquide purulent dans le péricarde.

Noyau de généralisation dans le foie. Aucune trace de péritonite même localisée.

Dans l'estomac rétracté, on trouve un cancer du cardia et de la petite courbure dont les villosités encombrent la cavité gastrique.

L'auteur fait suivre son observation de quelques remarques :

« Le malade, dit-il, avait depuis 9 mois des troubles digestifs, mais, » l'infection secondaire de sa plèvre et de son péricarde ont hâté sa fin. » La lésion a déterminé peu à peu par péritonite adhésive une fusion » intime entre l'estomac et le diaphragme. Le néoplasme s'est bientôt » ulcéré : la base du poumon adhérente au diaphragme a été envahie. » Au contact de cette surface néoplasique les microbes de la suppura- » tion ont pénétré par les voies lymphatiques jusque dans la plèvre et » le péricarde ; il s'est développé un empyème putride, longtemps avant » l'entrée du malade à l'hôpital. Puis dans les derniers jours, les agents » actifs de la gangrène (spirille buccal, proteus vulgaris, micrococcus » tetragenes etc.) ont fait leur apparition. Ils ont pénétré à travers le » diaphragme jusqu'à la base du poumon, qui, subissant la fonte gan- » greneuse, a rapidement formé une sorte de cavité communiquant avec » l'estomac ; enfin la mince paroi qui protégeait encore la plèvre, s'est » rompue le lendemain de la ponction et la cavité pleurale a été en » rapport avec les voies digestives ».

L'auteur n'a trouvé qu'un cas pouvant être rapproché du sien, cité sans autre indication par M. Mathieu dans le traité de Charcot-Bouchard et appartenant à M. Jaccoud. Il est relatif à un cancer de l'estomac avec pleurésie purulente.

Obs. X. — *Péricardite purulente. — Carcinome de l'estomac, du foie et du pancréas* (résumée) (1).

D..., 56 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 19 juillet 1876. A toujours joui d'une bonne santé ; mais depuis 2 mois environ l'appétit est diminué ; troubles digestifs, diarrhée fréquente, pas de vomissements.

Etat actuel, 19 *juillet*. — Affaissement général notable, pommettes légèrement violacées tranchant par leur coloration sur le fond jaunâtre de la peau. Respiration superficielle, fréquente ; aucune douleur thoracique ; langue sèche, température 39°3, pouls petit, irrégulier, à 120. A l'examen du thorax on trouve : en arrière sonorité exagérée des deux côtés, diminution du murmure vésiculaire dans toute l'étendue des poumons ; quelques râles ronflants et sibilants. Dans la région précordiale, ni voussure ni matité exagérée. Volume du cœur un peu augmenté. A un centimètre environ au-dessus et en dedans du mamelon, léger bruit d'attrition superficiel, circonscrit, que n'influencent ni la respiration, ni les mouvements du malade, ni la pression du stéthoscope.

20. — Même état général ; le petit froissement, entendu la veille, n'est plus perceptible : les autres signes physiques persistent. Toujours de la diarrhée ; pouls petit, irrégulier, température 38°4 le soir.

21. — Légère voussure dans la région précordiale ; les bruits du cœur paraissent sourds ; la pointe semble refoulée un peu plus en dehors.

22. — La voussure précordiale considérablement augmentée est devenue très nette. Submatité superficielle, matité profonde, dans toute l'étendue de la voussure. Diminution de l'impulsion cardiaque. Battements sourds, éloignés ; l'état général reste stationnaire cependant, le subdélirium qui déjà s'était montré par instants, devient plus accusé. Soir, température 39°2.

23. — Les signes physiques indiquent un épanchement plus abondant ; température 38°, pouls 96, petit, irrégulier.

24. — La percussion montre un épanchement pleural rapidement développé du côté gauche. Délire calme la nuit précédente ; à 5 heures

(1) A. Mossé, *Soc. anat.*, 1876, 21 juillet, page 543.

du soir, profitant d'un instant d'inattention, le malade se lève et meurt aux cabinets d'une syncope.

Autopsie. — Un litre environ de liquide louche dans la plèvre. Adhérences pleurales récentes à gauche dans un point limité.

Le péricarde distendu, fait une saillie légère entre les deux poumons. A son ouverture issue de 580 grammes environ de liquide séro-purulent, jaune opalin. Dans un verre, il se dépose au fond un dépôt purulent.

Cœur très volumineux ; myocarde pâle, presque feuille morte.

Dans l'estomac, on trouve un cancer de la petite courbure et de la paroi postérieure largement ulcéré, qui s'est propagé en arrière au pancréas et au foie ; à l'œil nu, on ne rencontre en aucun point de la partie du diaphragme qui est en rapport avec le néoplasme, de traînées lymphatiques cancéreuses.

Obs. XI. — *Adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'estomac. — Péri-adénite suppurée. — Fistule œsophagienne* (résumée) (1).

Mme X..., âgée de 59 ans, domestique, entre à l'hôpital le 31 mai 1890. Sa mère est morte d'un cancer utérin.

On lui trouve à son arrivée, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur du volume d'une noix, mobile, douloureuse au toucher. Il n'y a rien dans les urines ; le foie, le poumon, le cœur sont normaux.

A la fin de juin, on constate un léger engorgement du ganglion sus-claviculaire gauche, qui augmente rapidement de volume et devient douloureux avec empâtement et rougeur de la peau. On l'incise au mois d'août et il s'écoule une assez grande quantité de pus mélangé de sang. Pansement antiseptique. Par la plaie qui est restée fistuleuse, il sort avec le pus des grumeaux que le microscope montre être des leucocytes infiltrés de graisse.

26 *septembre*. — La malade a eu dans la nuit un accès d'oppression qui a duré depuis 9 heures du soir jusqu'à 4 heures du matin.

29. — Douleur et picotement dans la gorge le long du bord interne

(1) P. Ollivier, *Normandie méd.*, 12 mai 1891, p. 211.

du sterno-mastoïdien gauche. Pour la première fois la malade s'aperçoit que le lait qu'elle avale passe par la plaie extérieure.

30. — On voit que l'air passe par la fistule.

2 *octobre*. — L'air passe plus difficilement par la plaie. Pas de fièvre.

9. — Au creux épigastrique, la tumeur qui au début était de la grosseur d'une noix a augmenté sensiblement : elle est actuellement du volume du poing.

11 *octobre*. — Douleurs vives du ventre ; rougeur de la peau.

28 *novembre*. — Léger œdème des membres inférieurs ; un peu d'ascite ; à plusieurs reprises déjà les membres supérieurs ont présenté un peu d'œdème.

Mort le 8 décembre.

Autopsie, le 10 décembre. — On trouve un cancer qui occupe les 2/3 de l'estomac ; le pylore est respecté ; la face antérieure détruite est remplacée par la paroi abdominale antérieure.

On trouve, près de la partie supérieure de l'œsophage, un ganglion cancéreux du volume d'un œuf de pigeon. A l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs de l'œsophage, on voit des perforations multiples dont les bords sont souples et ne présentent nulle part l'induration cancéreuse. Ces orifices conduisent à la poche de l'abcès qui siège au niveau de la 1re et de la 2e vertèbre dorsale.

La rate volumineuse (tête de fœtus) renferme dans son intérieur un kyste hydatique suppuré ; la rate vide pèse 420 grammes.

La suppuration, dit l'auteur, a été manifestement le résultat d'une péri-adénite ; le ganglion cancéreux a joué le rôle de « corps étranger ». La fistule œsophagienne a succédé à une œsophagite externe, accompagnée peut-être de petits abcès de la paroi terminés par rupture.

Cette suppuration peut donc (l'auteur n'en connait pas d'autres exemples) s'accompagner d'œsophagite externe simple, non cancéreuse, de perforation et de fistule œsophago-cutanée persistante.

L'état de la malade ne semble pas en avoir été sensiblement aggravé et la mort est venue à la suite de la cachexie cancéreuse.

Obs. XII. — *Pleurésie aiguë du côté gauche. — Cancer du pancréas et de l'estomac. — Perforation de l'estomac. — Oblitération spontanée de la veine porte* (1) (résumée).

Mlle B..., âgée de 38 ans, n'a jamais été malade; ce n'est que depuis 8 mois que sa santé s'est altérée. Les digestions devenaient pénibles et douloureuses; pituites matinales, douleurs épigastriques, vomissements alimentaires d'abord, puis couleur « chocolat ». Affaiblissement, amaigrissement. Un séjour de quelques mois à l'hôpital la relève un peu, mais elle ne tarde pas à retomber et entre à l'hôpital le 5 février.

La malade vomit continuellement; point de côté à gauche survenu 6 jours auparavant avec de la fièvre; matité, abolition du murmure vésiculaire à gauche. Peau chaude. Rien au cœur.

La pleurésie évoluait favorablement, quand subitement la malade est prise de douleurs très violentes dans le creux de l'estomac et dans les hypochondres, avec irradiations dans le ventre qui devient aussitôt le siège d'un léger épanchement. Au bout de 4 jours la malade meurt au milieu de douleurs tellement violentes quelques heures avant la mort, que gênant le jeu du diaphragme, elles occasionnèrent toutes les angoisses de la suffocation.

Autopsie, 36 heures après la mort.— Adhérences pleurales anciennes à droite; à gauche quelques adhérences anciennes, peu de fausses membranes et un peu de liquide louche et lactescent, pas de tubercules.

On trouve dans le ventre un liquide louche séro-purulent; la cavité du petit bassin est remplie d'un véritable pus. Péritoine recouvert par places de fausses membranes.

La veine porte est bouchée au niveau de sa bifurcation, et le caillot se continue de ses branches intra-hépatiques. Les veines spléniques et mésentériques sont également oblitérées et, comme la veine porte, leurs parois sont épaissies, leur face interne rouge et vascularisée, ce qui caractérise la phlébite.

Dans l'estomac on trouve la paroi postérieure envahie par un néo-

(1) Contour, *Soc. anat.*, 1840, p. 161.

plasme et près de la petite courbure se voit une perforation de la grandeur d'une pièce de 25 centimes environ.

Obs. XIII.—*Ulcère cancéreux de l'estomac.—Thrombose de la veine porte* (1) (résumée).

R. C..., âgé de 63 ans, entre à l'hôpital le 19 novembre 1873.

Santé parfaite jusqu'à il y a un mois, le premier symptôme qui a frappé le malade, a été une difficulté du passage de l'eau.

Une quinzaine de jours avant son admission, le ventre d'abord, puis les jambes commencèrent à enfler. Huit jours avant son entrée il travaillait encore.

C'est un homme mal nourri, ayant un mauvais appétit et de la douleur à l'épigastre quand il a mangé ; diarrhée.

Rien dans la poitrine, dont cependant les parois sont œdématiées. Le ventre distendu est mat dans les deux flancs, sonore au milieu. Il dit avoir eu des hémorrhoïdes.

Urine peu abondante, sans albumine. Constipation pendant les trois derniers mois ; rien dans le rectum. Mort soudaine le 31 décembre.

Autopsie, 25 heures après la mort. — A l'ouverture du ventre des gaz s'échappent d'abord puis ensuite un liquide louche. Les intestins grêles sont réunis par des adhérences récentes faciles à rompre. Rien dans la poitrine si ce n'est quelques vieilles adhérences pleurales et un peu d'emphysème pulmonaire.

Rien dans le péricarde. Cœur petit, un peu pâle. Athérome et épaississement de la valvule mitrale.

Augmentation de volume des vaisseaux portes, dans le foie. Les tissus péri-vasculaires sont infiltrés de cellules embryonnaires. Oblitération du canal cystique. La vésicule dilatée contient un liquide jaune pâle.

Si on coupe la veine porte en travers, on la voit remplie d'un liquide dont la couleur et la consistance rappellent la gelée de framboises, après l'issue duquel il reste comme un réseau fibreux. Le calibre de la veine porte très augmenté correspond à un shelling. Des lésions analogues se voient jusque dans les ramifications ultimes de la veine.

(1) Legg, *St-Bartholomew's Hospital Reports*, 1874, vol. X, p. 236.

L'oblitération de la veine porte commence au point de sa formation, et ses branches afférentes sont plus ou moins oblitérées.

Dans l'estomac vaste ulcération (paume de main) à un pouce du pylore sur la grande courbure. La veine gastro-épiploïque droite est oblitérée, la gauche est libre.

Les autres organes sont sains.

Obs. XIV. — *Cancer de l'estomac. — Pyléphlébite intra-hépatique* (résumée).

C..., 62 ans, journalière, entre à l'hôpital le 12 septembre 1894.

Depuis 4 ou 5 mois, la malade perd ses forces, souffre de l'estomac et vomit ; aigreurs, anorexie, douleur persistante, sans irradiation au-dessus de l'ombilic.

Au palper, on sent une tumeur arrondie mate, douloureuse à la pression et occupant la région épigastrique de l'ombilic à l'appendice xyphoïde.

Pas d'hypertrophie du foie ; teint jaune pâle, amaigrissement considérable. Un peu d'œdème des membres inférieurs, un peu de diarrhée.

21 *septembre.* — Vomissements abondants; hématémèse, mélæna.

25. — Les vomissements ont cessé, mais la température s'élève à 38° 8 le soir ; la cachexie a fait des progrès considérables.

27. — La température atteint 39° 3, puis redescend ; vomissements, torpeur. La température descend de plus en plus, atteint 35° 9, et la malade meurt dans le collapsus.

Autopsie. — L'estomac est atteint de cancer de la région pylorique ; à la face postérieure de cette région est une très large perforation donnant accès dans un foyer gangréneux bien circonscrit, dont le fond est formé par la partie moyenne et antérieure du pancréas et par des adhérences, qui unissent l'estomac et le pancréas au foie et au duodénum. Le duodénum perforé, communique également avec le foyer gangréneux.

Sur des coupes dans le parenchyme du foie, on voit, dans les espaces portes, les orifices veineux, élargis et remplis par un thrombus tantôt

(1) Achard. *Soc. Hôp.*, 26 juillet 1895, obs. II, p. 621.

rouge, tantôt blanchâtre ; quelques-uns sont même remplis d'une matière puriforme, liquide et rougeâtre ou même de véritable pus verdâtre.

L'ensemencement du sang recueilli dans le cœur 14 heures après la mort n'a pas donné de cultures. Le pus des veines portes, étalé sur les lamelles, renferme de très nombreux bacilles ayant assez l'aspect les coli-bacilles ; ensemencé, ce pus a donné des cultures de bacilles de la putréfaction.

Le néoplasme gastrique est un épithélioma cylindrique alvéolaire.

Obs. XV. — *Cachexie cancéreuse. — Endocardite végétante. — Embolie cérébrale* (résumée) (1).

Mme G..., 39 ans, entre le 24 septembre à l'hôpital St-Antoine.

Deux ans auparavant, elle a été traitée pour un phlegmon du ligament large, qui s'ouvrit dans le rectum puis dans la vessie et qui continua longtemps à donner du pus mélangé à l'urine.

24 *septembre* 1883. — A son arrivée, elle présente une teinte cachectique ; sa faiblesse est telle qu'elle peut à peine se tenir debout. Œdème notable de la jambe gauche.

La malade raconte que depuis trois mois il n'y a plus de pus dans ses urines, mais que depuis lors, elle souffre dans le flanc gauche et a de la fièvre le soir. Son état n'a fait que s'aggraver depuis ce moment : elle n'a ni diarrhée ni vomissements.

26. — On trouve la malade avec une parésie brachiale et faciale gauche qui les jours suivants s'étend à la jambe.

2 *octobre*. — La malade, qui depuis plusieurs jours est anesthésique et paralytique complète, est dans le marasme absolu. Souffle inconstant à la pointe. Léger nuage d'albumine ; gâtisme. Mort le 7 octobre.

Autopsie. — Cancer encéphaloïde de l'estomac occupant la partie gauche de la petite courbure. Noyaux secondaires petits et dissimulés dans le péritoine, le foie, la rate, le rein.

Le cœur présente sur les 2 faces de la valvule mitrale, et sur les faces libres des sigmoïdes des végétations, au plus du volume d'un pois, molles

(1) Lebreton, *Soc. anat.*, 12 octobre 1883, p. 369.

et friables dont la partie libre est constituée par du tissu embryonnaire qui dans les parties adhérentes a subi un commencement d'organisation.

Dans l'artère sylvienne droite, noyau embolique constitué par un débris de végétation, thrombose secondaire dans les branches.

Thrombose des veines iliaques gauches.

Obs. XVI. — *Cancer latent de l'estomac et carcinome alvéolaire, type du grand épiploon à forme kystique. — Pneumonie lobaire ; hépatisation grise en 3 jours* (1) (résumée).

H..., 63 ans, cordonnier, entre à l'hôpital le 8 décembre 1888.

En décembre 1887, il a ressenti des douleurs lancinantes dans l'hypochondre gauche, s'irradiant surtout vers la vessie. En même temps anorexie, affaiblissement et amaigrissement rapide. Un mois plus tard environ, il sent sous la dernière côte gauche une tumeur du volume d'une noix environ, douloureuse à la pression. Peu à peu elle descendit vers l'ombilic, empiétant bientôt sur la ligne médiane.

L'été dernier, anorexie absolue, anémie, dégoût de la viande ; ni vomissement, ni hématémèse ; diarrhée fréquente, jamais de mélæna. De temps à autre de petits gargouillements, partis de l'hypochondre gauche, descendaient jusqu'à l'hypogastre et étaient suivis de douleurs très vives.

8 *décembre*. — Entrée à l'hôpital. Teint jaune paille ; émaciation considérable. La marche est rendue très pénible par les douleurs qu'elle occasionne et par la faiblesse du malade. Une tumeur volumineuse occupe l'hypochondre et une partie du flanc gauche, l'ombilic et une portion du flanc droit. La surface de la tumeur d'une consistance un peu ferme est mamelonnée. Le creux épigastrique se déprime aisément et sans douleur ; on ne sent pas de tumeur au niveau de l'estomac. Léger œdème des jambes.

5 *janvier*. — Le malade dont l'état n'a fait qu'empirer se plain d'une toux continuelle et le lendemain, l'auscultation dénote une pneumonie droite sans frisson, ni point de côté.

(1) Josias et Leblond, *Soc. anat.*, janv. 1889, p. 42.

7. — La dyspnée augmente ; matité absolue dans tout le poumon droit. Mort.

Autopsie. — Pneumonie droite ; hépatisation grise du lobe moyen, rouge du lobe inférieur.

Dans l'abdomen, pas d'ascite, mais tumeur énorme, sans adhérences ni à la rate ni au rein ni à l'intestin grêle ; sa face antérieure se continue avec l'estomac, sa face postérieure avec le côlon transverse.

A l'ouverture de cette poche il s'écoule 3 litres 1/2 d'un liquide ayant l'aspect du sang.

L'estomac présente au niveau de sa grande courbure qui fait corps avec la tumeur, et aussi dans le grand cul-de-sac, une tumeur dure ne faisant pas saillie dans la cavité stomacale et présentant en un point une ulcération cratériforme.

Quelques noyaux cancéreux dans le foie.

En résumé, cancer latent de l'estomac, qui a envahi secondairement le grand épiploon.

Obs. XVII. — *Phlébites multiples et successives. — Embolie capillaire du cerveau. — Hémiplégie et aphasie. — Vaste eschare du sacrum. — Septicémie. — Mort. — Foyers de ramollissement multiples au cerveau. — Abcès de la paroi ventriculaire gauche. — Cancer de l'estomac* (1) (résumée).

M. X..., officier, 45 ans, est admis au Val-de-Grâce le 31 janvier 1884. Constitution vigoureuse et bonne santé habituelle.

En juillet 1883, un peu fatigué par ses campagnes antérieures et la chaleur excessive (il était en garnison en Tunisie), il demande un congé de convalescence ; au moment même de son départ, il commence à ressentir une douleur assez vive dans le membre inférieur droit. Il s'embarque le 14 juillet, souffre un peu pendant la traversée. A Marseille le membre gauche se prend à son tour et rend la marche impossible. Cet état persiste près de 3 mois avec des alternatives variables.

Au commencement d'octobre, il est surpris tout à coup par des accidents plus aigus dans les membres inférieurs et supérieurs. A plusieurs

(1) Kelsch, *Soc. méd. des hôpitaux*, 9 déc. 1887, p. 468.

reprises il se produisit des poussées plus intenses de phlébite s'ac pagnant de fièvre et d'œdème.

Le 7 novembre, apparurent brusquement de l'oppression et des leurs très vives à gauche, qui éclataient « comme des décharges é triques » quand il faisait un effort brusque de respiration. La tem rature atteignait 39°.

Au bout de 8 jours le côté droit fut pris à son tour. Accidents parurent au bout d'une semaine et demie.

31 *janvier* 1884. — A son arrivée au Val-de-Grâce, le malade p sente une apyrexie complète ; anémie, amaigrissement modéré, app assez bon, constipation habituelle. Foie et rate normaux, la palpat de la région épigastrique est indolore et n'y révèle point de tume Cœur normal. Légers frottements et un peu d'obscurité. Aucun œdèn sur le dos de la main et du pied, à la surface des membres, on sent petits cordons durs et correspondant à d'anciennes phlébites.

5 *février*. — Gonflement douloureux au niveau de la veine jug laire externe gauche ; la peau à ce niveau est rouge, chaude, très se sible à la plus légère palpation. Anorexie, malaise général, fièvre, 38 le soir.

7. — Toute la veine jugulaire externe forme un cordon saillant, du douloureux, s'étendant de la clavicule à l'angle de la mâchoire. OEdèn du membre supérieur gauche. Les jours suivants il se produit une l gère détente.

14. — On change le malade de lit et malgré toutes les précaution il est frappé d'aphasie et d'hémiplégie complète à droite. Incontinenc rien au cœur.

15. — Le malade est abattu, somnolent, hébété ; l'hémiplégie e complète et définitive. Peu à peu ces symptômes s'amendent, l'œdèn du membre supérieur disparaît. La jugulaire diminue de volume ; céphalalgie s'atténue, le malade retrouve quelques mots, mais so hémiplégie reste complète.

2 *mars*. — Phlébite et œdème au dos de la main droite et quelque jours plus tard, mêmes accidents au membre inférieur droit avec dou leur vive dans le mollet et fièvre légère.

16. — A la suite d'un petit effort de vomissement, hématémèse ame

nant 2 ou 3 cuillerées de sang noir. Mélæna abondant probable, car il n'a pu être vu par le médecin. État général très mauvais rappelant ceux consécutifs aux grandes hémorrhagies.

20. — Emaciation considérable, teint jaunâtre caractéristique. On ne sent aucune tumeur. Une eschare est sur le point de se former au sacrum. Depuis quelques jours un peu de fièvre le soir.

A partir de ce moment le malade s'affaisse de plus en plus, les 15 derniers jours sont marqués par de la fièvre vespérale et un état typhoïde, mort le 12 avril 1884.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Dans le cerveau on trouve les deux artères sylviennes oblitérées, foyers de ramollissement dans la pariétale et dans la frontale ascendante, ainsi que dans les 1re et 3e frontales ; on en rencontre d'autres un peu partout, entre autres un s'étendant antéro-postérieurement dans le centre ovale, depuis la partie moyenne du lobe frontal, jusque dans le lobe pariétal inférieur.

Adhérences pleurales anciennes. Deux infarctus dans les poumons.

Le cœur est flasque, dilaté, pâle. Près de la pointe dans le ventricule gauche on trouve un abcès du volume d'un œuf de pigeon contenant du pus fétide. L'une des valves de la mitrale porte trois petites végétations molles. Les valvules sigmoïdes présentent aussi chacune une petite végétation implantée sur le nodule d'Arantius.

La veine cave inférieure est oblitérée par un volumineux thrombus jusqu'à l'embouchure de la veine rénale ; les veines iliaques et crurales des deux côtés sont complètement bouchées, de même que la jugulaire externe et une portion de la sous-clavière.

Dans l'estomac, on trouve six nodules cancéreux conglomérés, plus ou moins ulcérés.

L'auteur fait remarquer que chez son malade la thrombose a été la première manifestation morbide, et est survenue à une époque où il était encore vigoureux. « Il ne peut être question d'affaiblissement de la circulation et la notion du thrombus marastique n'a que faire ici ».

Obs. XVIII. — *Cancer du foie et de l'estomac. — Abcès du foie et fistule épigastrique. — Méningite suppurée* (résumée) (1).

Plet, journalier, 59 ans, entre à l'hôpital le 6 février 1884. A 21 ans il a eu la fièvre typhoïde ; pas d'autres antécédents précis.

Depuis 6 mois, il perd son appétit et ses forces, il devient jaunâtre mais continue cependant à travailler. Le 16 janvier, douleur assez vive à l'épigastre. D'abord continue et sans élancements, elle ne tarde pas en augmentant à devenir lancinante. Le malade, abattu, a un peu de fièvre le soir. Anorexie.

Au commencement de février, la peau de l'épigastre devient rouge et chaude, la région se tuméfie et pour la première fois le malade ressent des douleurs vives. Pas d'hématémèse ni de vomissement antérieur.

Entre le 6 février.

7 *février*. — Teint jaune paille caractéristique, émaciation considérable ; tuméfaction épigastrique très nette assez volumineuse avec peau chaude, rouge, violacée. Douleurs spontanées, irradiées, exagérées par la pression, fluctuation. Poumon, peu de chose. Cœur volumineux, la pointe bat dans le 6e espace, souffle diastolique doux à l'orifice aortique.

A l'incision de l'abcès épigastrique, il s'écoule une grande quantité de pus, liquide, gris sale, fétide, mêlé de sang et de débris sphacélés. Lavage et pansement de la cavité.

9. — Etat général assez satisfaisant, l'appétit revient, température normale.

19. — Etat de la plaie satisfaisant. Appétit diminué. Céphalalgie légère.

20. — Céphalalgie plus accusée ; 39° le matin ; le soir 40°.

21. — Coma ; un peu de délire dans la nuit précédente, face pâle, immobile, sans déviation ; paralysie limitée des membres ; respiration stertoreuse; 40°5. Pouls rapide et fort ; pas de contracture mais une certaine raideur des muscles de la nuque et des jambes. La sensibilité est conservée. Le soir 41°2.

(1) Derville, *Soc. anat.*, 1884, p. 270.

22. — Coma, raideur plus accusée, la plaie a toujours bon aspect ; le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — On trouve un foyer de suppuration en arrière de la paroi abdominale limité en arrière par un plastron adhérent au foie et à l'estomac ; à la périphérie, adhérences lâches limitant le foyer latéralement.

Près du pylore, tumeur cancéreuse avec vaste cavité anfractueuse au centre. De la tumeur, partent des cordons durs, représentant vraisemblablement des lymphatiques très distendus. L'abcès de la paroi abdominale communiquait avec une cavité du foie, remplie de pus. Dans le foie on trouve plusieurs noyaux cancéreux, ramollis à leur centre.

L'aorte est très dilatée, les valvules sigmoïdes sont insuffisantes et leur partie postérieure présente quelques végétations en forme de choux-fleur, pédiculées et formées d'une série de granulations de la grosseur d'un grain de millet.

La dure-mère et la pie-mère sont épaissies. La pie-mère est séparée de l'arachnoïde d'une part, de la substance grise d'autre part, par une épaisse nappe purulente, localisée à la convexité cérébrale, collectée au contraire à la base du cervelet. A la coupe, pas d'altération du cerveau.

On peut rapprocher ce cas de celui de M. Doyen (1) qui présente un cancer végétant de l'estomac, près du pylore, avec abcès du foie et fusée consécutive vers la peau, ombilic, végétations sur une des valvules sigmoïdes de l'aorte qui sont peut-être de nature cancéreuse, et méningite suppurée.

Obs. XIX. — *Cancer latent de l'estomac.— Pleurésie purulente.— Pyohémie* (résumée) (2).

François G..., teinturier, 57 ans, entre à l'hôpital le 4 mars 1878.

C'est un homme de taille moyenne au visage pâle et fatigué ; il se plaint de douleurs vagues dans les jambes et dit avoir complètement perdu l'appétit depuis un mois environ. Depuis ces derniers temps,

(1) Doyen, *Soc. anat.*, 1884, p. 181.
(2) Brissaud, *Soc. anat.*, 1878, p. 256-259.

tant par dégoût des aliments que par misère, il s'est nourri d'une façon déplorable.

Pas de vomissements, ni de troubles digestifs, ni de toux, et sans cette anorexie persistante, qui a considérablement diminué ses forces, il ne se sentirait nullement malade.

A l'entrée à l'hôpital on cherche minutieusement la lésion organique probable, cause de cette cachexie profonde. Œdème léger des membres inférieurs. Pas d'albumine. Cœur normal. Quelques frottements de pleurésie sèche à gauche en arrière et à la base.

Le malade reste 22 jours à l'hôpital avec des alternatives de mieux. Pas de fièvre, anorexie absolue persistante.

22 *mars*. — A la veille de partir en convalescence à Vincennes, le soir, la fièvre s'alluma avec une intensité notable.

23. — La pleurésie sèche s'est transformée en pleurésie avec épanchement déjà depuis quelques jours, sans qu'on y ait attaché d'importance, le point de côté s'était fait sentir plus intense.

24. — Le matin 39°5, le soir 40°2. Langue sèche, brunâtre, physionomie anxieuse, pouls petit, rapide ; état général des plus inquiétants.

25. — Selle sanguinolente dans la nuit du 24 au 25, qui semble confirmer la possibilité d'une lésion organique du tube digestif. Les articulations des genoux, des coudes, des poignets sont devenues très douloureuses et la coïncidence de ce nouveau symptôme avec l'apparition de la fièvre et des frissons fait porter le diagnostic d'*infection purulente*. Le soir, 40°.

26. — Le malade râle : les articulations des genoux sont remplies de liquide : celles des coudes sont gonflées ; épanchement assez abondant dans les gaînes des extenseurs.

Mort à 10 heures du matin.

Autopsie. — Cancer de l'estomac, occupant la petite courbure depuis le cardia jusqu'à la partie moyenne du bord supérieur de l'organe Adhérences et péritonite diffuse dans l'épiploon gastro-hépatique ; articulations pleines de pus ; poche purulente considérable dans la plèvre gauche.

Réponse de M. Verneuil. — « M. le présentateur nous a dit que les abcès métastatiques trouvés chez ce malade, avaient dû être consécutifs à la pleurésie purulente ; je crois qu'il serait plus logique d'expliquer la marche des accidents de la façon suivante : Tout autour de la tumeur cancéreuse ramollie, il se fait des thromboses veineuses. De plus on trouve des matières septiques sur la surface de la plaie stomacale ; celles-ci peuvent être par embolie entraînées vers divers organes et former des abcès métastatiques ».

M. Berger. — « M. Verneuil nous a parlé de la production de l'infection purulente à la suite d'ulcère cancéreux de l'estomac ; je crois que ces faits doivent être regardés comme exceptionnels ».

Obs. XX. — *Double carcinome de l'estomac. — Fièvre à type rémittent* (résumée) (1).

Il s'agit d'un homme de 70 ans qui entre à l'hôpital parce que, dit-il, ses jambes sont enflées et pour qui on fait le diagnostic d'artériosclérose, avec hypertrophie du cœur et néphrite interstitielle.

La température rectale, matin et soir, oscillait entre 38° et 38°7.

Le 14 *juin*. — Violent accès de fièvre ; la température, normale le matin, montait le soir à 40° ; pouls à 140 au plus fort de l'accès. Pendant plusieurs jours, toujours à peu près à la même heure, l'accès se renouvelle.

Le 21. — Le malade se plaint de douleurs au niveau du nez et le soir se déclare un érysipèle qui devient subitement grave.

Mort le 24 juin. Aucune trace de suppuration.

Obs. XXI. — *Cachexie tuberculeuse torpide avec adénopathie sus-claviculaire simulant un cancer gastrique*, due à l'obligeance de M. le Dr Achard (inédite).

Mme L..., 54 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Bernutz, no 29, le 27 mars 1896.

La malade qui a toujours joui d'une assez bonne santé a commencé en août 1895 à ressentir une *grande faiblesse*. En même temps, l'*ano-*

(1) Devic et Chatin, *Province méd.*, 1892, p. 445.

rexie apparut, puis, trois ou quatre mois après, survinrent des *vomissements* formés surtout d'un liquide très clair. A partir de ce moment, l'*amaigrissement* fut rapide. Les vomissements cessèrent un peu plus tard. Néanmoins les digestions restèrent difficiles et la malade ne prit plus que du lait.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente une grande faiblesse qui l'empêche de se mouvoir dans son lit. Elle est extrêmement amaigrie, son *teint est jaunâtre*, cachectique, la peau est sèche et ridée. La malade parle difficilement, et la voix est éteinte, il y a une toux sèche, et très peu d'expectoration. L'auscultation ne fournit aucun renseignement, la malade respirant très faiblement. Il n'y a pas de vomissement. La palpation de l'épigastre est un peu douloureuse, mais ne révèle aucune tumeur. La langue est sèche. La température oscille entre 37° et 38°8. L'exploration de la région *sus-claviculaire* y démontre la présence de *ganglions* surtout nombreux à gauche ; ils sont petits, gros comme un noyau de cerise au plus, fermes, mobiles, un peu douloureux.

En raison de la cachexie, de la présence des ganglions sus-claviculaires et des troubles gastriques antérieurs, on porte le diagnostic de cancer de l'estomac.

Mort le 13 avril au soir.

Autopsie. — L'estomac est sain ; pas de cancer ni dans cet organe ni dans aucun autre. Le foie est mou, pâle, augmenté de volume.

Les poumons présentent des lésions tuberculeuses. Au sommet droit, on trouve quelques tubercules fibreux mais au sommet gauche, il y a une induration générale avec des tubercules caséeux et quelques tubercules calcifiés ; enfin des cavernes ayant les dimensions d'un pois ou d'un noyau de cerise.

Les ganglions sus-claviculaires, de petit volume, sont ramollis au centre.

Obs. XXII. — *Corps fibreux de l'utérus avec accidents septiques simulant l'évolution d'une tumeur maligne.* Due à la bienveillance de M. le Dr Achard (Inédite)

Mme X..., âgée actuellement de 50 ans, est atteinte d'une tumeur utérine pour laquelle elle fut soignée, il y a une quinzaine d'années, par

MM. Millard et Gallard. Il y eut à cette époque des hémorrhagies abondantes, des menaces de péritonite, des phénomènes de putridité locale et une élimination spontanée d'un fragment de tumeur. Il y a 9 ans, en 1887, les hémorrhagies redevenant abondantes, l'extirpation de la tumeur fut pratiquée par M. Guyon ; l'examen histologique pratiqué par M. Achard montra que cette tumeur était exclusivement constituée par du myome à fibres lisses.

Après l'opération, la malade se rétablit, mais quelque temps après les hémorrhagies ayant reparu avec les douleurs, et la tumeur s'étant développée de nouveau, la malade fut soignée par une sage-femme qui lui fit des cautérisations répétées avec de la teinture d'iode.

Pendant ce traitement, divers accidents se montrèrent, notamment des douleurs vives, un écoulement sanieux et fétide avec élimination de parcelles de tissus mortifiés. Les hémorrhagies étaient extrêmement abondantes et répétées. L'état général s'altérait rapidement, le teint était jaunâtre, la décoloration des muqueuses très marquée. En 1892, la malade consulte M. Guyot, qui, constatant l'accroissement rapide de la tumeur, sa consistance inégale, la fétidité de l'écoulement, et l'aggravation constante de l'état général, porta le diagnostic de tumeur maligne.

La malade partit alors pour la Normandie, au bord de la mer, où elle fut examinée par le Dr Guillet, professeur à l'école de médecine de Caen, qui confirma le diagnostic de tumeur maligne. D'ailleurs l'état général ne s'améliorait pas, l'anorexie persistait ainsi que l'anémie, le teint cireux, les douleurs et les métrorrhagies. Ramenée à Paris au bout de 4 mois, la malade fut prise de phlegmatia alba dolens, qui l'obligea à garder l'immobilité complète pendant plusieurs mois.

Pendant ce temps, peu à peu l'appétit revint, l'anémie diminua, les métrorrhagies s'espacèrent et devinrent moins abondantes ; la fétidité de l'écoulement disparut et la malade fut en état de sortir et de faire quelques pas. Puis, graduellement, les forces revinrent, la ménopause s'établit et actuellement (1896) la malade est complètement rétablie.

Obs. XXIII. — *Cancer de l'estomac ; propagation au foie ; suppuration d'un noyau cancéreux et péri-hépatite purulente* (due à la bienveillance de M. Soupault) (inédite).

Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans environ, entré à l'hôpital Andral avec tous les signes classiques du cancer du pylore et ayant produit les phénomènes consécutifs à la sténose pylorique (stase gastrique, dilatation, clapotement, etc.). L'examen du suc gastrique indique l'absence d'HCl et la présence d'acide lactique en quantité notable.

Pas d'hématémèses, soit dans les commémoratifs du malade, soit pendant son séjour à l'hôpital. Pas d'adénopathies externes.

Au niveau du pylore, on sent assez nettement une tumeur : en somme, le diagnostic était facile.

Le malade est resté ainsi pendant 1 mois dans le service et, tout à coup,sa température est montée jusqu'aux environs de 38° 5, sensibilité du ventre, tympanisme, ballonnement ; pas de diarrhée.

La mort ne tarde pas à survenir avec une température redescendue, ou peu s'en faut, à la normale.

A l'autopsie, on trouve une péritonite purulente assez localisée, surtout autour du foie. Pas d'adhérences du feuillet pariétal du péritoine. Dans ce pus M. Soupault a trouvé du streptocoque. Le foie était un peu augmenté de volume et à sa section, on trouve 2 noyaux de cancer dont un suppuré : le pus, crémeux, jaunâtre, assez épais, phlegmoneux en un mot, contenait également du streptocoque. L'examen histologique des métastases n'a pas été fait.

Du côté de l'estomac, on trouve, dans l'antre pylorique, un cancer du diamètre d'une pièce de 5 francs environ, qu'on pourrait classer dans la forme squirrheuse. Ce cancer adhérait par sa face externe à la partie inférieure du foie ; sa surface interne était le siège de légères érosions, mais n'offrait pas la forme typique du cancer fongueux, comme c'est le cas habituel pour les cancers ulcérés.

CONCLUSIONS

De tout ce qui précède nous avons, je crois, le droit de tirer les déductions suivantes :

1° L'estomac, même sain, contient un nombre considérable de microbes qui ont à y lutter contre une foule de conditions défavorables dont HCl est un des facteurs, mais non le seul.

2° L'estomac cancéreux, au contraire, a perdu la plupart de ses moyens de défense, et s'oppose difficilement à la pullulation des micro-organismes. L'état général des malades facilite l'invasion de l'organisme par les microbes qui peuvent pénétrer par un point quelconque de l'individu (appareil respiratoire) ou encore par l'ulcération cancéreuse. Ce sont surtout les faits de cette dernière catégorie que nous avons en vue et que nous groupons sous le nom de *formes septiques du cancer de l'estomac*.

3° L'infection peut rester localisée au cancer ou à son voisinage (gastrite phlegmoneuse ; abcès périgastrique, etc.) ou se propager à distance :

A. *Par la voie lymphatique* : plèvre, péricarde, ganglions, etc.

B. *Par la voie sanguine* :

a) Circulation particulière (pylé-phlébite, abcès du foie, etc.);

b) Circulation générale (formes pyohémiques et septicémiques produisant les arthrites, l'endocardite, la phlegmatia, etc.).

4° Ces accidents septiques ont une influence considérable

sur les progrès de la cachexie, puisqu'ils sont susceptibles de produire un état voisin de cette cachexie, même en l'absence de cancer. Leur apparition hâte en général la fin et leur pronostic est des plus défavorables.

5° Leur fréquence est plus considérable qu'on ne le croit, d'où la nécessité d'avoir l'attention attirée sur ce point, et de prendre systématiquement la température de tous les cancéreux de l'estomac.

6° Quand on est en face de ces cas, il faut aider à l'antisepsie de l'estomac :

A. En essayant de les mettre dans un milieu défavorable (naphtol, HCl, lavage, etc.) ;

B. En réduisant au minimum la pénétration des microbes avec les aliments (régime lacté) ;

C. En supprimant la porte d'entrée et en diminuant la stase alimentaire (ce sont peut-être des éléments de l'amélioration qui suit l'intervention chirurgicale dans certains cancers de l'estomac) ;

D. En soutenant les forces du malade (toniques).

BIBLIOGRAPHIE (1)

Achard. — *Soc. méd. hôp.*, 1895, 26 juillet. Complic. infect. du cancer de l'estomac.

— *Méd. Mod.*, 1894, octobre. Cancer de l'estomac forme pyohémique.

Auger. — *Soc. anat.*, 1875, p. 708-710. Cancer et fistule gastro-abdominale.

Auvray. — Th. Paris, 1866.

Balzer. — *Soc. anat.*, 1876. Cancer de l'estomac et du foie avec angioleucite pulmonaire.

Balluff. — *Gaz. hôp.*, 1856, XXIV, p. 139. Cancer de l'estomac et fistule stomacale.

Boix. — Th. Paris, 1895. *Foie des dyspeptiques.*

Bréchoteau. — Th. Paris, 6 février 1896. *Des fistules gastro-cutanées.*

Brissaud. — *Soc. anat.*, 1878, p. 256-259. Cancer latent de l'estomac, pleurésie purul. et pyohémie.

Capitan et **Morau.** — *Soc. biol.*, 1889.

— *Journ. de la Soc. méd. de Bordeaux*, mars 1893.

Cassaët. — *Soc. anat. et physiol. Bordeaux*, 12 mars 1894. Du pouvoir antiseptique de l'acide chlorhydrique stomacal.

Chappet. — *Lyon méd.*, 7 janvier 1894.

Chatin et **Devic.** — *Prov. méd.*, 28 juillet 1894. Formes pleurales du cancer de l'estomac.

— *Prov. méd.*, 1892.

Clément. — *Virchow's Arch.*, 1895.

Contour. — *Soc. anat.*, 1840.

Dagron. — *Soc. anat.*, 1886. Cancer latent de l'estomac et périt. cancéreuse.

Derville. — *Soc. anat.*, 1884, p. 270.

Devic et **Chatin.** — *Prov. méd.*, 28 juillet 1894. Formes pleurales du cancer de l'estomac.

(1) Les titres des observations, thèses, etc. indiquées, ont été souvent abrégés.

Dominici et **Gilbert**. — *Soc. biol.*, 10 novembre 1894. Microbes du tube digestif : leur numération.

Doyen. — *Soc. anat.*, 1884, p. 181.

Feulard. — *Arch. gén. méd.*, 1887, p. 158. Fistules ombilicales consécutives du cancer de l'estomac.

Follet. — *Soc. anat.*, 9 février 1894.

Garcin. — Th. Lyon, novembre 1892. *De la fièvre dans le cancer de l'estomac.*

Gilbert et **Dominici**. — *Soc. biol.*, 10 février 1894. Microbes du tube digestif, leur numération.

Giraudeau. — *Sem. méd.*, 1894.

Gillepsie. — *Journ. of. path. and bact.*, 1, 3, 1893. La bactérie de l'estomac.

Girode. — *Soc. méd. hôp.*, 1895.

Glaser. — *Berlin. klin. Woch.*, 1883.

Hanot. — *Arch. gén. méd.*, 1892. Forme septicémique du cancer de l'estomac.

— *Presse méd.*, 1895. Cancer et suppuration.

Homolle. — *Soc. anat.*, 1874.

Huchard. — *Union méd.*, 1879.

Josias et **Leblond**. — *Soc. anat.*, janvier 1889, p. 42.

Kelsh et **Vallin**. — *Soc. méd. hôp.*, 1887.

Labbé. — *Soc. anat.*, 1860, p. 365.

Lancry et Vilcocq. — *Gaz. hebd.*, 1896.

Laval. — Th. Bordeaux, 1895. *Rôle antiseptique du suc gastrique.*

Leblond et **Josias**. — *Soc. anat.*, janvier 1889, p. 42.

Lebreton. — *Soc. anat.*, 1883.

Legg. — *St-Bartholomew's hospit. reports*, 1874, v. X, p. 236.

Lion. — Th. Paris, 1890.

Marie. — *Soc. anat.*, 9 février 1894.

Mathieu. — Th. Lyon, 1884.

Mérigot de Treigny. — *Revue gén. de clinique*, 1892, p. 113.

Mintz. — *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1892.

Morau et Capitan. — *Soc. biol.*, 1889.

Mossé. — *Soc. anat.*, 1876, p. 158-181. Cancer de l'estomac et péricardite purulente.

Ollivier. — *Normandie méd.*, 1er mai 1891.

Oppler. — *Münch. med. Woch.*, 31 janvier 1894, p. 570. Du contenu stomacal dans le cancer gastrique.

Pauly. — *Lyon méd.*, 7 mai 1893. Cancer de l'estomac avec propagation au cœur.

Pierre. — Th. Paris, 1890. *Complic. non cancéreuse de l'appareil pulm. dans le cancer de l'estomac.*

Raynaud. — *Gaz. hebd.*, 1861.

— *Union méd.*, 1874.

Sébillon. — Th. Paris, 1885.

Stones. — *Philad. med. Times*, 1888, p. 440-442. Cancer de l'estomac, mort par empyème et pneumothorax.

Straus et **Wurtz**. — *Arch. méd. expér.*, 1889.

Tessier. — *France méd.*, 1875. Cancer de la paroi stomacale, phlegmon et fistule ombilicale.

Triger. — Th. Paris, 1895. *Phlegmon sous-muqueux de l'estomac.*

Troisier. — *Soc. anat.*, 1873. Cancer gastrique avec lymphangite pulmonaire caséeuse.

— *Soc. méd. hôp.*, 1886. Adénopathie cervicale dans le cancer gastrique.

— *Arch. gén. de méd.*, 1889. Adénopathie cervicale dans le cancer gastrique.

Turck. — *Wiener med. Woch.*, janvier 1895. Méthode nouvelle de diagnostic et de traitement des maladies de l'estomac et leur examen bactériologique.

Vallin et **Kelsh**. — *Soc. méd. des hôp.*, 1887. Phlébites multiples, embolie cérébrale; cancer de l'estomac.

Valmyre. — Th. Bordeaux, 1896. *Rôle antisept. du milieu stomacal.*

Vaquez. — Th. Paris, 1890. *Thromboses cachectiques.*

— *Soc. biol.*, 19 décembre 1891. Période pré-oblitérante des phlébites cachectiques.

— *Clinique méd. de la Charité du professeur Potain.* Phlébite des membres.

— *Soc. anat.*, juin 1892.

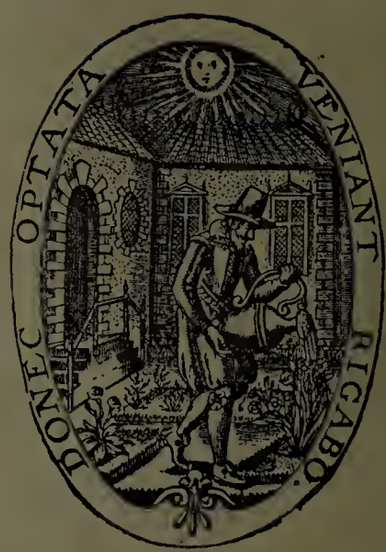
Weichselbaum. — *Central. Blatt. f. Bact.*, janvier 1889.

Vignal. — *Arch. de physiol.*, 15 novembre 1886, 1er octobre 1887, 15 novembre 1887. Recherches sur les microbes de la bouche et des fèces.

Vilcocq et **Lancry**. — *Gaz. hebd.*, 1896.

Wurtz et **Straus**. — *Arch. de méd. expér.*, 1889.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, Successeur, Saint-Dizier (Haute-Marne).


DONEC OPTATA VENIANT RIGABO